|  |  |
| --- | --- |
| Teilnehmer-Gesundheitsblatt |  |
| Version: 14.05.2022 |  |

Die Angaben auf diesem Blatt helfen der Lagerleitung, während des Lagers richtig zu reagieren.
**Achtung**: Die Versicherung ist Sache des Teilnehmers. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

### Personalien

Familienname: Vorname:

Geburtsdatum: Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon Festnetz: Handy:

Name und Vorname der Elterlichen/ Erziehungsberechtigten:

### Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers (falls möglich in der Schweiz)

Name / Vorname: Land:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon Festnetz: Handy:

### Hausarzt

Name / Vorname: Telefon Festnetz:

Adresse: PLZ/Ort:

### Name der Versicherungsgesellschaft

Private Versicherung (Name der Gesellschaft und Versicherungsnummer)

Unfallversicherung:

Krankenkasse: Versicherungs-Nr.:

Gönner der Rega: [ ]  Ja [ ]  Nein Ausweis-Nr.:

### Informationen zum Teilnehmer / Abklärungen

Kann der Teilnehmer schwimmen? [ ]  Ja [ ]  Nein

Sollen regelmässig benötigte Medikamente (siehe Rückseite) durch
die Lagerleitung / den Lagersanitäter verabreicht werden? [ ]  Ja [ ]  Nein

Meinem Kind dürfen bei Bedarf und unter Berücksichtigung allfälliger
Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbstständig
vom Lagersanitäter verabreicht werden. [ ]  Ja [ ]  Nein

Meinem Kind dürfen Medikamente nur nach telefonischer Rücksprache

oder ärztlicher Konsultation verabreicht werden. [ ]  Ja [ ]  Nein

Bemerkungen:

### Gesundheitszustand

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmevorschrift):

Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten / Unfälle, Operationen)

Allergien (Besondere Hinweise an die Küche wie z.B. Zöliakie):

 Letzte Tetanus-Impfung:

Ort, Datum:

Unterschrift der Eltern:

### Rückmeldungen der Lagersanität *(wird von der Lagersanität ausgefüllt)*

Krankheit im Lager

**Zeckenbiss Info**: Angaben zu den genauen Biss Orten am Körper. Falls die markierte Stelle am Körper des Patienten nach einer Woche noch gerötet ist oder ein geröteter Kreis um den Biss entstehen sollte, gehen Sie bitte unverzüglich zum Arzt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Ort Zeckenbiss | Vollständig entfernt ja/nein |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |