



Gesundheitsfragebogen für das Pfingstlager 2017

Den Bogen bitte ausfüllen, von dem/den Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und dem Gruppenleiter mitgeben.

Name, Vorname		Geburtsdatum		Stamm	
Straße, Nr.		PLZ, Ort			
Schutzimpfungen (bitte Datum angeben)					
Tetanus / Hepatitis A / Hepatitis B / Diphtherie / Polio/Kinderlähmung / Masern / Mumps / Röteln / FSME / Keuchhusten / Windpocken					
Sonstige Impfungen:					
Bekannte Vorerkrankungen/Operationen:					
Unser Kind/ich hatte folgende Erkrankungen <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Diphtherie					
Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-/Lebensmittel-/sonstige Allergien, Epilepsie, etc.)					
Mein/Unser Kind befindet sich zurzeit in ärztlicher Behandlung behandelnder Arzt)					
Mein/Unser Kind bekommt als Bedarfs-/Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen: Unser Kind nimmt die Medikamente eigenständig ein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Der Gruppenleiter sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Bei meinem/unserem Kind ist auf folgendes zu achten (Einschränkungen etc.)					
Glaubenszugehörigkeit*		Einschränkungen in der Behandlung			
Krankenkasse		Kassennummer		Versichertennummer	
Versichert über		Status		Versichertenkarte gültig bis	



* Angabe freiwillig

- Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

- Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf / dürfen nur die Erziehungs-/Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.
- Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße, Nr.		PLZ, Ort

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigten diesem zustimmt. Ich bin / Wir sind einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Unterschrift des Erziehungs-/Sorgeberechtigten