



## Gesundheitsfragebogen

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.

Mit dieser Unterschrift erkläre/n ich/wir mich/uns außerdem damit einverstanden, dass dieser Gesundheitsbogen für die Dauer der Mitgliedschaft meines/unseres Kindes vom Beauftragten der Stammesführung des Stammes Robin Hood aufbewahrt wird. Nach Beendigung der Mitgliedschaft wird der Bogen sowie alle zugehörigen Daten vernichtet und endgültig gelöscht.

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungs-/Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungs-/Sorgeberechtigten