



Gesundheitsfragebogen für das Pfingstlager 2018

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 vor-geschriebenen 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