

Gesundheitsfragebogen

Bezirkspfingstlager München 2025

Diesen Bogen bitte ausfüllen, ausdrucken, von dem/der/den Erziehungs-
/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und dem/der Gruppenleiter/in
mitgeben.



Bund der
Pfadfinderinnen
und Pfadfinder

Name, Vorname		Geburtsdatum	Stamm
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Schutzimpfungen (bitte Datum angeben):			
Tetanus	Masern	FSME	
Diphtherie	Mumps	Windpocken	
Polio/Kinderlähmung	Röteln		
Keuchhusten		CoViDI9	
Sonstige Impfungen	Hepatitis A		
	Hepatitis B		
Mein / Unser Kind befindet sich zurzeit in ärztlicher Behandlung (behandelnder Arzt, Grund der Behandlung):			
Unser Kind/Ich hatte folgende Erkrankungen:			
Windpocken Scharlach Mumps Masern Röteln Diphtherie Tuberkulose			
Sonstiges (bitte angeben):			
Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebensmittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, psychische Erkrankungen, etc.)			
Bei meinem / unserem Kind / mir ist auf Folgendes zu achten (Einschränkungen etc.)			
Einschränkungen in der Behandlung:			
Bekannte Vorerkrankungen, Operationen:			

Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:

Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein

ja

nein

Der/Die Gruppenleiter/in sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente

ja

nein

Versicherungsdaten:

Krankenkasse	Kassennummer	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden auf dem Bundeslager mitgeführt.

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

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

Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

Ich bin / Wir sind während des Lagers (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-/Sorgeberechtigte ebenfalls diesem zustimmt. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungs-/Sorgeberechtigten