

Krankenblatt LaSoLa

Personalien

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ / _____ / _____

Adresse: _____

Abteilung: _____

Name der Eltern: _____

Versicherungsdaten

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Rega-Versicherung: Nein ☐ Ja ☐

Kontaktpersonen (während Zeit des Lagers)

Erziehungsberechtigte:

_____ / _____

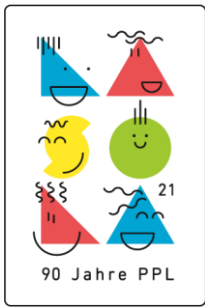
Adresse: _____

Telefon-Nr / Natel-Nr:

_____ / _____

Hausarzt: _____





Gesundheitszustand

Allergien: Nein ☐ Ja ☐

Falls ja, welche? Medikamente: _____

Nahrungsmittel: _____

Pflanzen / Tiere: _____

Andere: _____

Notfallmedikament (Name / Dosierung):

1) _____ / _____

2) _____ / _____

Krankheiten: Nein ☐ Ja ☐

1) Diagnose: _____

Medikament (Name / Dosierung):

_____ / _____

Reservemedikament (Name / Dosierung):

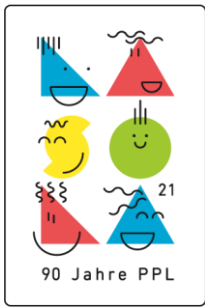
_____ / _____

2) Diagnose: _____

Medikament (Name / Dosierung):

_____ / _____





Reservemedikament (Name / Dosierung):

_____ / _____

Operationen: Nein ☐ Ja ☐

Falls ja, welche?

1) Was: _____ Wann: _____

2) Was: _____ Wann: _____

Impfungen:

Tetanus (Wundstarrkrampf) Ja ☐ Nein ☐ Letzte Auffrischung: _____

Diphtherie: Ja ☐ Nein ☐ Letzte Auffrischung: _____

Pertussis (Keuchhusten) Ja ☐ Nein ☐ Letzte Auffrischung: _____

Polio (Kinderlähmung) Ja ☐ Nein ☐ Letzte Auffrischung: _____

H. influenzae B (Hib) Ja ☐ Nein ☐ Letzte Auffrischung: _____

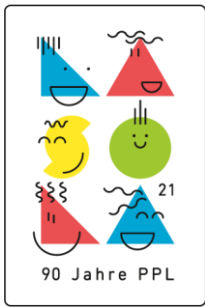
MMR (Masern, Mumps, Röteln) Ja ☐ Nein ☐ Letzte Auffrischung: _____

Hepatitis A Ja ☐ Nein ☐ Letzte Auffrischung: _____

Hepatitis B Ja ☐ Nein ☐ Letzte Auffrischung: _____

FSME (Zecken) Ja ☐ Nein ☐ Letzte Auffrischung: _____





Andere (Meningokokken etc.):

1) _____ Letzte Auffrischung: _____

2) _____ Letzte Auffrischung: _____

3) _____ Letzte Auffrischung: _____

Die Angaben auf diesem Informationsblatt sind streng vertraulich und dienen der Lagerleitung im Falle unvorhergesehener Vorkommnisse während des Lagers. Die **Richtigkeit der Angaben** wird mit untenstehender Unterschrift bestätigt.

Bitte folgenden Kopien beilegen: **Impfausweis, Krankenkassenkärtchen, evtl. Allergiepass.**

Mit untenstehender Unterschrift geben ich - beziehungsweise meine Erziehungsberechtigten - die **Einwilligung** an die Lagerleitung, in dringenden Notfällen auch ohne vorgängige Information der Erziehungsberechtigten alle notwendigen Schritte für eine medizinische Behandlung zu veranlassen. Selbstverständlich wird versucht, Erziehungsberechtigte in einem Notfall auf schnellstem Wege zu benachrichtigen.

Versicherung ist Sache der Erziehungsberechtigten respektive der Teilnehmenden. PPL und Lagerleitung lehnen jegliche Haftung ab.

Ort / Datum: _____

Unterschriften:

Teilnehmer: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

