

GESUNDHEITSBLATT

für Pfadfinderlager und gesonderte Gruppenstunden



Daten des Gruppenmitgliedes:

Nachname: Vorname: SV Nummer: _ _ _ _ _

Krankenkasse: Adresse:

INFORMATIONEN HAUPTVERSICHERTER:

Nachname: Vorname: Sozialversicherungsnummer: _ _ _ _ _

Verhältnis zu Gruppenmitglied: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Erziehungsberechtigter ☐

Beschäftigt bei: PLZ: _ _ _ _

Daten des Erziehungsberechtigten, wenn dieser NICHT der Hauptversicherte ist:

Nachname: Vorname: Tel. Nr.:

IMPFUNGEN:

Mein Kind hat folgende Impfungen erhalten:

☐ Impfungen entsprechend des, für mein Kind gültigen, Impfplanes

☐ TETANUS zuletzt am _ _ _ _ _ ☐ FSME zuletzt am _ _ _ _ _

Bei Kindern, die keinen aufrechten FSME-Impfstatus haben, wird im Falle eines Zeckenbisses während der Lagerzeit von der Lagerleitung nur bei Infektionsverdacht ärztlicher Rat eingeholt und mit den Erziehungsberechtigten Kontakt aufgenommen.

GESUNDHEITSZUSTAND:

Allergien: ☐ NEIN ☐ JA Welche:

Ansteckende Krankheiten im letzten Jahr: ☐ NEIN ☐ JA Welche:

Verletzungen/ Operationen/ ect. im letzten Jahr: ☐ NEIN ☐ JA Welche:

(chronische) Hautkrankheiten: ☐ NEIN ☐ JA Welche:

Sonstige Erkrankungen: ☐ NEIN ☐ JA Welche:

SPEZIALINFORMATION ÜBER MEIN KIND:

Mein Kind darf im Notfall mit einem Pfadfinderführer im Auto mitfahren: ☐ NEIN ☐ JA

☐ Vegetarier ☐ Veganer ☐ Nahrungsmittelunverträglichkeiten.....

☐ Angst im Dunkeln ☐ Angst bei/ vor: ☐ Kontaktlinsen

☐ Bettnässer/in ☐ Erinnerung an WC notwendig ☐ Sonnenempfindlich ☐ Wetterfühligh

☐ Schonung bei: Darf im Stockbett oben schlafen: ☐ NEIN ☐ JA

SCHWIMMEN:

☐ guter Schwimmer /selbständiges Schwimmen ohne Aufsicht

☐ Schwimmer /selbständiges Schwimmen mit Aufsicht

☐ schlechter Schwimmer/ darf nur mit Schwimmhilfe ins Wasser, Art der Schwimmhilfe:.....

☐ Nichtschwimmer/darf in Begleitung in seichtes Wasser

☐ Nichtschwimmer /darf nicht ins Wasser

MEDIKAMENTE:

Mein Kind nimmt Medikamente ein, die am Pfadfinderlager verabreicht werden müssen: ☐ NEIN ☐ JA

Welche:

O Diese übergebe ich am Abreisetag dem/der zuständigen Pfadfinderführer/in, eine genaue Dosierung liegt bei.

O Mein Kind verwahrt und nimmt die Medikamente selbst ein. Genauere Informationen sowie Dosierung liegen bei.

Mein Kind darf Medikamente aus unserer Lagerapotheke lt. Medikamentenblatt bekommen: ☐ NEIN ☐ JA

NOTFALLNUMMER:

Bei Notfällen während des Lagers bin ich (Erziehungsberechtigte/r) unter folgender Adresse und Tel. Nr. erreichbar:

.....

Weiter entscheidungsberechtigte Vertrauenspersonen sind unter folgender Adresse und Tel. Nr. erreichbar:

1. Wahl:

Name und Verhältnis zum Gruppenmitglied:

2. Wahl:

Name und Verhältnis zum Gruppenmitglied:

Kontakt aufgenommen

mit	am	Thema	Entscheidung	Pfadfinderführer/in

Falls im Notfall niemand von den oben angeführten Personen erreichbar ist, darf der/ die Lagerleiter/ in gemeinsam mit dem behandelnden Arzt über die notwendigen medizinischen Maßnahmen entscheiden.

*Ich übergebe bei einem Pfadfinderlager die **e-card** am Abreisetag dem/ der zuständigen Pfadfinderleiter/ in.*

Ich erkläre, dass ich das Gesundheits- und Medikamentenblatt nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Lagerleitung, bezüglich irgendwelcher Folgen für mein Kind oder für andere Personen, aufgrund fehlender oder inkorrektur Angaben, ausgeschlossen ist. Ich bin auch selbst verantwortlich Änderungen, die sich in Laufe der Jahre ergeben, dem zuständigen Pfadfinderleiter/in bekanntzugeben.

Mit meiner Unterschrift stimme ich ausdrücklich der Verarbeitung dieser sensiblen persönlichen Daten zu. Diese Verarbeitung ist für die sichere pädagogische Betreuung unserer Gruppenmitglieder notwendig und erfolgt unter Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Vorschriften.

Weiters nehme ich auch das „Informationsblatt für Pfadfinderlager“ und die „Verhaltensregeln für Pfadfinderlager“ (ersichtlich auf der HP www.pfadi31stadlau.at) der Pfadfindergruppe 31 Stadlau zur Kenntnis und bin damit einverstanden.

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Name in Druckschrift

Medikamentenblatt

Mein Kind darf folgende rezeptfreie Arzneimittel aus der Lagerapotheke erhalten
(Unzutreffendes bitte streichen):

Hals- und Rachenschmerzen, Husten:

- Halset Lutschtabletten (*Cetylpyridiniumchlorid*)
- Tantum Verde Pastillen (*Benzydamin*)
- ACC akut Brausetabletten (*Acetylcystein*)

Juckreiz (z.B.: Insektentische, Allergie), Ausschlag:

- Fenistil Gel (*Dimetindenmaleat*)
- Clarityn Tabletten (*Loratadin*)

Schmerzen, Fieber:

- Mexalen Tabletten (*Probiotikum*)
- Imodium akut Tabletten (*loperamid*)

Durchfall:

- Antibiophilus Beutel (*Probiotikum*)
- Imodium akut Tabletten (*loperamid*)

Wundversorgung, Ausschlag:

- Octenisept Wund-Desinfektion (*Octenidin*)
- Betadona Wund-Gel (*Polyvidon-Jod*)
- Bepanthen Wund- und Heilsalbe (*Dexpanthenol*)

Ich nehme zur Kenntnis, dass aus Kostengründen oder aufgrund mangelnder Verfügbarkeit, auch gleichwertige Medikamente mit demselben Wirkstoff (jeweils kursiv in Klammern angeführt) verabreicht werden können.

Die Medikamente werden von den geschulten Pfadfinderleitern nach Angaben (Indikationsstellung, Dosierung etc.) der zugehörigen Packungsbeilage verabreicht. Im Zweifelsfall werden die Erziehungsberechtigten kontaktiert und/oder ärztlicher Rat eingeholt.

Das Medikamentenblatt bleibt bis auf Widerruf gültig. Es liegt in der Verantwortung, etwaige Änderungen bekanntzugeben.

Bei aktueller Medikation des Kindes bitte genauere Angaben auf der nächsten Seite ausfüllen.

(nur bei bestehender Medikation auszufüllen)

Vollständiger Medikamentenname	Dosierung (Wann/Wie oft)	Kind bewahrt Medikament selbst auf	Kind benötigt Hilfe bei der Einnahme	Grund der Verschreibung	Besonderheiten (z.B.: zu erwartende Nebenwirkungen)

Angaben noch richtig und werden bestätigt: (für zukünftige Pfadfinderlager)

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift