



## Gesundheitsfragebogen für das Bundeslager 2013

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

Name, Vorname	Geburtsdatum	Stamm /Unterlager
Straße & Nr.		PLZ, Ort
Schutzimpfungen ( Nichtzutreffendes bitte streichen)		
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 (Nichtzutreffendes bitte streichen)		
Windpocken Scharlach Mumps Masern Röteln Diphtherie		
Folgende Vorerkrankungen sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebensmittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.)		
Mein / Unser Kind wird ärztlich betreut (behandelnder Arzt oder Hausarzt, Anschrift, Telefon)		
Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:		
Unser Kind nimmt die Medikamente selbst 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 (gesundheitliche Besonderheiten, Ernährung etc.)		
Von dem/den Erziehungsberechtigtem/n gewünschte Einschränkungen in der Behandlung		
Krankenkasse	Versichertenkarte ja / nein	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis





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 zur Zeit 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-/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist. 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!  
Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

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

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

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

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

