

Gesundheitsfragebogen zur Bundesfahrt 2023 nach Schweden

Health questionnaire for the 2023 national trip to Sweden
Hälsöenkät för den nationella resan till Sverige 2023



Diesen Bogen bitte ausfüllen, unterschreiben und den Gruppenleitungen der eigenen Fahrtengruppe mitgeben. Auf Wunsch in einem verschlossenen Umschlag, mit Namen beschriftet.

Please fill in this form, sign it and give it to the leaders of your own group. If desired, in a sealed envelope with your name.

Name, Vorname (+ggf. Fahrtenname) Surname, Forename (opt. scout name) Efternamn, förnamn (valfritt scoutnamn)	Geburtsdatum Date of birth Födelsedatum	Verband / Stamm / Fahrtengruppe Association / Local group / Scout group Föreningen / Lokalgrupp / scoutgrupp
Wohnanschrift Home address Bostadsadress		

Impfungen

Datum der letzten Tetanusimpfung: Date of last tetanus vaccination: Datum för senaste stelkrampsvaccinering:		Hinweis: Bitte sorgen Sie dafür, dass ihr Kind mindestens nach den aktuellen Impfeempfehlungen geimpft ist. Wenn Sie sich unsicher sind, halten Sie Rücksprache mit uns oder Ihrem Hausarzt. Bitte fügen Sie diesem Bogen in jedem Fall eine Kopie des Impfausweises bei. Please note: Please ensure that your child is vaccinated at least according to the current vaccination recommendations. If you are unsure, please consult us or your family doctor. Please enclose a copy of the vaccination certificate with this form in any case.
Die letzte Tetanusimpfung meines Kindes ist mehr als 5 Jahre her. Mein Kind darf bei Indikation eine Auffrischimpfung erhalten. <input type="checkbox"/> It has been more than 5 years since my child's last tetanus vaccination. My child may receive a booster vaccination if indicated. Det har gått mer än fem år sedan mitt barns senaste vaccination mot stelkramp. Mitt barn kan få en vaccination om det är lämpligt.		
Datum Covid19-Schutzimpfungen: Date of Covid19 vaccinations: Datum för Covid19-vaccinationer:		
Datum von Covid19-Infektion(en): Date of Covid19 infection(s): Datum för Covid19-infektion(er):		

Bekannte Erkrankungen | Known health conditions | Kända hälsotillstånd

z.B. Asthma, Heuschnupfen, Allergien, Epilepsie, usw. | e.g. asthma, hay fever, allergies, epilepsy, etc. | t.ex. astma, hösnuva, allergier, epilepsi osv.

--

Mein Kind bekommt als Bedarfs-/Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen/nicht umzugehen (ggf. Rückseite nutzen):

My child receives the following medication as a need-based/continuous medication and knows how to deal/not to deal with it (use reverse side if necessary):
Mitt barn får följande medicinering som ett behov/kontinuerlig medicinering och vet hur han/hon ska hantera/inte hantera den (använd baksidan vid behov):

--

Krankenversicherung | Health Insurance | Sjukförsäkring

Krankenkasse Insurance provider Sjukförsäkring	Versichertennummer Insurance number Nummer på försäkrad person	Versichert über Name of policy holder Namnet på försäkringstagaren

Auslandsreise-Krankenversicherung | Travel Health Insurance | Sjukförsäkring för resor utomlands

Krankenkasse Insurance provider Sjukförsäkring	Versichertennummer Insurance number Nummer på försäkrad person	Versichert über Name of policy holder Namnet på försäkringstagaren

Diese Angabe ist optional.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls darf folgende auf der Bundesfahrt anwesende Person über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

This choice is optional - In the event of illness or accident, the following person present on the trip may decide on treatments and consent to medical interventions (including operations).

Detta val är frivilligt. - I händelse av sjukdom eller olycka kan följande person som är närvarande på resan besluta om behandlingar och ge sitt samtycke till medicinska ingrepp (inklusive operationer).

Name, Vorname Surname, Forename Efternamn, förnamn	Geburtsdatum Date of birth Födelsedatum

Die Erziehungs-/Sorgeberechtigten sind während der Bundesfahrt jederzeit wie folgt zu erreichen:

The parents/guardians can be reached at any time during the trip as follows:

Föräldrarna/vårdnadshavarna kan nås när som helst under den resan på följande sätt:

Name, Vorname Surname, Forename Efternamn, förnamn	Telefonnummer 1 (z.B. Mobil) Phone 1 (e.g. Mobile) Telefon 1 (t.ex. mobil)	Telefonnummer 2 (z.B. Festnetz/Arbeit) Phone 2 (e.g. Landline/Work) Telefon 2 (t.ex. bostad/arbetsplats)

Bemerkungen | Notes | Kommentarer

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!

In the case of the signature of only one parent or legal guardian, the latter shall affirm under oath that the other parent or legal guardian also agrees. I / We agree that the personal and treatment data will be stored for the purpose of legally required documentation. After expiry of the legal retention period, the data will be deleted!

Om endast en förälder/legal vårdnadshavare undertecknar avtalet ska denne under ed intyga att den andra föräldern/legala vårdnadshavaren också samtycker. Jag/vi samtycker till att person- och behandlingsuppgifter lagras för att möjliggöra lagstadgad dokumentation. När den lagstadgade lagringstiden har löpt ut kommer uppgifterna att raderas!

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden als Original/Kopie diesem Bogen beigelegt.

Health insurance card and vaccination certificate are attached as original/copy to this form.

Sjukförsäkringskort och vaccinationsintyg bifogas i original/kopia till detta blad.

Ort, Datum | Place, date | Plats, datum

Ort, Datum | Place, date | Plats, datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r / Patient (Ü18)
Signature of parent, guardian or patient (if 18+) | Underskrift av vårdnadshavare

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r
Signature of parent or guardian | Underskrift av vårdnadshavare