

Анкета здоровья для Джембори 2013

Пожалуйста, заполните форму, распечатайте, отдайте на подпись лицам, имеющим право воспитывать детей/ законным представителям (родителям, опекунам, попечителям) и затем предоставьте руководителю группы.

Ф.И.О	Дата рождения	Отряд / Подлагерь
Улица, №.		Почтовый индекс, нас. пункт
Прививки (Пожалуйста, указать дату) <u>Неподходящее зачеркнуть</u>		
Столбняк/Гепатит А	/ Гепатит В	/ Дифтерия / Полиомиелит /Корь
Свинка	/ Краснуха	/ Клещевой энцефалит / Коклюш / Ветрянка / Другое
Известные, уже существовавшие ранее заболевания / Операции		
Наш ребенок / я перенес следующие заболевания <u>Неподходящее зачеркнуть</u>		
Ветряная оспа	Скарлатина	Свинка Корь Краснуха Дифтерия
Следующие заболевания являются известными (Например, Астма, Сенная лихорадка, Укачивание, Аллергия на медикаменты, пищевые продукты и др., Эпилепсия и т.д.)		
Мой / Наш ребенок находится под медицинским присмотром (лечащий врач или семейный врач, Адрес, Тел.)		
Мой / Наш ребенок получает следующие медикаменты в качестве необходимого / продолжительного медикаментозного лечения и знает как с ним обращаться:		
Наш ребенок принимает медикаменты самостоятельно		
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Руководитель группы следит за регулярным принятием медикаментов		
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
С моим / нашим ребенком следуют обратить внимание на (<u>особенности здоровья</u> , питание и т.д.)		
Желаемые ограничения в обращении от <u>лиц, имеющих право на воспитание ребенка</u>		
Мед.страхование	Страховой полис	Страховой номер
	да / нет	
Застрахован через	Статус	Страховочный полис действителен:





В случае заболевания или несчастного случая

Ф.И.О.	Дата рождения	Функция (связь)

принимают решения о лечении и согласии на медицинское вмешательство (в том числе операции). При угрожающих жизни заболеваниях / несчастных случаях принимает решение лечащий врач на месте.

В случае заболевания или несчастного случая только лица, имеющие право воспитывать детей/ законные представители (родители, опекуны, попечители) имеют право принимать решения о лечении и соглашаться на медицинское вмешательство (включая операции).

В настоящее время острого / инфекционного заболевания нет.

Со мной/с нами можно связаться следующим образом:

Ф.И.О.	Телефон	Мобильный
Улица, №.		Почтовый индекс, нас. пункт
Ф.И.О.	Телефон	Мобильный
Улица, №.		Почтовый индекс, нас. пункт

В случае подписи только лишь одного лица, имеющего право воспитывать детей/законного представителя (родителя, опекуна, попечителя), заверяется действительность того, что другое лицо также согласно. Я/Мы согласны, что наши личные данные и данные о лечении будут сохранены в целях документации, предписанной по закону. По истечении установленного законом срока хранения, данные будут удалены!
Полис медицинского страхования и справка о прививках должны быть при себе.

Нас. пункт, Дата

Нас. пункт, Дата

Подпись

Подпись

