



GESUNDHEITSBLATT

*Bitte nehmen Sie sich die Zeit, dieses Gesundheitsblatt
sorgfältig auszufüllen.*

Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Persönliche Daten:

LagerteilnehmerIn:

Name: _____

Sozialvers.-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Stufe: _____

Wohnadresse: _____

Angaben zum Hauptversicherten:

(nur bei mitversicherten Personen)

Name des/der
Hauptversicherten: _____

Sozialvers.-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Versichert bei: _____

Wohnadresse: _____

Telefonnummer(n): _____

Beschäftigt bei: _____ in: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Angaben zum Hausarzt:

Hausarzt des/der
Lagerteilnehmers/in: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____



Angaben zum Gesundheitszustand:

Die Angaben beziehen sich auf den/die obgenannte LagerteilnehmerIn.

Impfungen:

Allgemeine Impfungen lt. österreichischem Impfplan wurden durchgeführt:

(Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polimyelitis, Haemophilus infl. B, Hepatitis B, Pneumokokken, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken)

ja nein

Zusätzlich für das Lager erforderliche Impfungen:

FSME („Zecken“) zuletzt: _____ nein

Info: erforderlich ist: Grundimmunisierung abgeschlossen, 1. Auffrischungsimpfung nicht älter als 3 Jahre, weitere Auffrischungsimpfungen nicht älter als 5 Jahre!

Wir weisen darauf hin, dass wir als Pfadfinder bei Lagern und auch vereinzelt Heimabenden „draußen“ in Wald und Wiese unterwegs sind. Dort besteht naturgemäß erhöhte Zeckenbissgefahr. Sofern Ihr Kind über (i) keine oder (ii) eine zu alte (länger als fünf Jahre) Impfung verfügt, müssen wir das Kind aus Sicherheits- und Versicherungsgründen bei einem Verdacht auf einen Zeckenbiss unverzüglich ins nächstgelegene Spital bringen, Sie verständigen und müssen Sie Ihr Kind sodann auf eigene (nicht von den Lagerkosten gedeckte) Kosten abholen.

_____ zuletzt: _____ nein

*Nur für spezielle LagerteilnehmerInnen
(Küchenpersonal, alle LeiterInnen) erforderlich:*

Hepatitis A zuletzt: _____ nein

Hinsichtlich zusätzlicher, für die Umstände und den Ort des Lagers erforderlicher Impfungen (z.B. Hepatitis A, Influenza, Meningokokken C, ...) lassen Sie sich bitte von Ihrem Hausarzt beraten.

Krankengeschichte:

Chronische Krankheiten:

ja welche: _____ nein

Allergien:

ja welche: _____ nein

Psychische Krankheiten /
Verhaltensauffälligkeiten:

ja welche: _____ nein



(Nahrungs-) Unverträglichkeiten:

ja welche: _____ nein

Medikamente:

Ich/Mein Kind muss folgende Medikamente einnehmen:

Bitte geben Sie die Medikamente (ausgenommen Medikamente für Notfälle), bei der Abfahrt inklusive Verpackung und Beipacktext ab!

Name des Medikaments	Dosierung / Verabreichung	Anmerkung

Weitere Angaben:

Ich/Mein Kind hat/habe eine ärztlich verschriebene Diät:

ja welche: _____ nein

Ich/Mein Kind hat/habe bei sportlichen Spielen und Dauerleistungen Schonung nötig:

ja welche: _____ nein

Ich/Mein Kind kann schwimmen

ja nein

Ich/Mein Kind isst/esse ausschließlich vegetarisch

ja nein



Erklärung:

Ich, der/die Erziehungsberechtigte bzw. volljährige LagerteilnehmerIn erkläre dass der/die LagerteilnehmerIn

- ◆ keine für Ferienlager oder Jugenderholungsheime meldepflichtige Erkrankung (Masern, Mumps, Röteln, Schafblattern) oder sonst meldepflichtigen Erkrankungen hat,
- ◆ sich in keinem für sich oder die anderen LagerteilnehmerInnen gesundheitlich bedenklichen Zustand befindet,
- ◆ für den längeren Aufenthalt im Freien die erforderliche Gesundheit besitzt.

WICHTIG: *Unbedingt lesen*

Durch die Unterschrift bestätige ich, dass ich die Angaben zum Gesundheitszustand meines Kindes vollständig, richtig und freiwillig erteilt habe und damit als Erziehungsberechtigter die Einwilligung für mein Kind zur Verwendung der Daten durch die Pfadfindergruppe 9 St Othmar zum Zweck der Verhinderung oder Verringerung von Gesundheitsschäden im Rahmen der sorgfältigen Obhut durch die LeiterInnen erteile. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen, nehme dabei aber zur Kenntnis, dass mein Kind ohne Angaben zum Gesundheitszustand zu dessen eigener Sicherheit nicht an Lagern oder anderen Veranstaltungen außerhalb des Pfadfinderheimes in 1030 Wien teilnehmen kann.

Datum _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
bzw.

eigenhändige Unterschrift des/der
volljährigen LagerteilnehmerIn