

# Gesundheitsblatt JuMi-Lager 2024

## INFORMATIONEN LAGERTEILNEHMER/IN

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Religionsbekenntnis: \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_

Wohnbezirk (PLZ) \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung  JA  NEIN

Wenn ja bitte ausfüllen:

Versicherungsnummer: ..... Versichert bei: .....

## INFORMATIONEN HAUPTVERSICHERTER

Verhältnis zu Lagerteilnehmer:  Mutter  Vater  .....

Nachname: ..... Vorname: .....

Sozialversicherungsnummer: ..... Geburtsdatum: .....

.....  ÖGK  BVA  .....

Beschäftigt bei

## IMPFUNGEN

Mein Kind hat folgende Impfungen Erhalten:

**TETANUS** zuletzt am: .....

### WENN KEINE TETANUS-IMPFUNG ERHALTEN:

Mit dieser Unterschrift stimme ich einer Impfung für Tetanus, im Falle eines medizinischen Notfalls, durch einen Arzt zu.

.....  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

**FSME** zuletzt am: .....

### WENN KEINE FSME-IMPFUNG ERHALTEN:

Mein Kind wurde aus Überzeugung nicht FSME geimpft. Im Falle eines Zeckenbisses während der Lagerzeit wird von der Lagerleitung ärztlicher Rat eingeholt und mit dem Erziehungsberechtigten Kontakt aufgenommen.

.....  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

## MEDIKAMENTE

Mein Kind nimmt folgende Medikamente die wie folgt verabreicht werden müssen. Diese übergebe ich am Abreisetag der Lagerleitung zur Aufbewahrung. Mein Kind wird an die Medikamenteneinnahme erinnert, nimmt aber die erforderlichen Medikamente selbstständig ein.

**Medikament** ..... **Dosis** .....  Nur bei Bedarf!

**Medikament** ..... **Dosis** .....  Nur bei Bedarf!

**Medikament** ..... **Dosis** .....  Nur bei Bedarf!

