

Gesundheitsblatt JuMi-Lager 2025

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!

Gesundheitsblatt JuMi-Lager 2025

SCHWIMMEN

- guter Schwimmer** / Selbstständiges Schwimmen ohne Aufsicht
- Schwimmer** / Selbstständiges Schwimmen mit Aufsicht
- Nichtschwimmer** / Darf in Begleitung in seichtes Wasser
- Nichtschwimmer** / Darf nicht ins Wasser

GESUNDHEITZUSTAND

- Knochenbrüche im letzten Jahr: NEIN JA Welche:
- Verletzungen im letzten Jahr: NEIN JA Welche:
- Operationen im letzten Jahr: NEIN JA Welche:
- chronische Hautkrankheiten: NEIN JA Welche:
- Allergien: NEIN JA Welche:
- Ansteckende Krankheiten im letzten Jahr: NEIN JA Welche:

SPEZIALINFORMATIONEN ÜBER MEIN KIND

- Vegetarier Schonkost: Glutenintoleranz
- Angst im Dunkeln Angst bei/vor: Laktoseintoleranz
- Sonnenempfindlich Wetterfühlig Insektenstiche
- Schonung bei: Kontaktlinsen

NOTFALLSNUMMER

In Notfällen während des Lagers bin ich/ist folgende Vertrauensperson unter folgender Adresse erreichbar:

..... Name Verhältnis zu Lagerteilnehmer
..... Straße, Nummer Postleitzahl, Ort
..... Vorwahl, Telefonnummer(n)	

Im Falle, dass ich selbst nicht erreichbar bin, ist/sind die hier angeführte(n) Vertrauensperson(en) darüber informiert, dass mein Kind auf Lager ist und sie im Notfall verständigt wird/werden.

Ich genehmige, dass mein Kind ohne vorherige Verständigung kurze Wege bei Aufsichtspersonen in privaten PKW mitfahren darf (insbesondere Fahrten zum praktischen Arzt u.ä.).

Sollte eine dringende OPERATION notwendig sein (Blinddarm, Unfall, etc.) bin ich (sollte ich telefonisch nicht erreichbar sein) mit der Durchführung

- einverstanden nicht einverstanden

Ich übergebe dieses **Gesundheitsblatt beim Elternabend am 20.Juni 2025** der Lagerleitung oder am Abreisetag mit der **E-Card** !

Ich erkläre, dass ich dieses Gesundheitsblatt nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die Haftung seitens der Lagerleitung, bezüglich irgendwelcher Folgen für mein Kind oder für andere Personen, aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben, ausgeschlossen ist. Die hier angeführten Daten werden vertraulich behandelt und werden nicht gespeichert!

..... Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten
----------------	--