

Medizinisches Lagerblatt

Vor- und Zuname (Stufe): _____

geboren am: _____

Bitte füllen Sie dieses Blatt genau aus und geben Sie an, welche Krankheiten Ihr Kind hatte. Für Nachteile durch unvollständige oder unrichtige Angaben lehnen die Wiener Pfadfinder und Pfadfinderinnen jede Haftung ab.

Mein Kind hatte folgende Impfungen/Krankheiten/Operationen bereits gehabt (bitte ankreuzen)

	Krankheiten/Operationen		Impfungen	
	Ja/Wann	Nein	letzte Impfung	nicht geimpft
Zeckenschutzimpfung (FSME)			20__	<input type="radio"/>
Tetanusimpfung			20__	<input type="radio"/>
Mumps			20__	<input type="radio"/>
Masern			20__	<input type="radio"/>
Röteln			20__	<input type="radio"/>
Keuchhusten			20__	<input type="radio"/>
Kinderlähmung			20__	<input type="radio"/>
Diphtherie			20__	<input type="radio"/>
Scharlach	<input type="radio"/> ____	<input type="radio"/>		
Feuchtblattern	<input type="radio"/> ____	<input type="radio"/>		
Blinddarmoperation	<input type="radio"/> ____	<input type="radio"/>		
Mandeloperation	<input type="radio"/> ____	<input type="radio"/>		
Gehirnhautentzündung	<input type="radio"/> ____	<input type="radio"/>		
Lungenentzündung	<input type="radio"/> ____	<input type="radio"/>		
Brüche/Verletzungen	<input type="radio"/> ____	<input type="radio"/>	Welche?	

Hat Ihr Kind:

	Ja	Nein	nähere Angaben
--	----	------	----------------

eine Insektenstichallergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
sonstige Allergien / Unverträglichkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche? Wann treten sie auf?
Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche?
eine Zahnregulierung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
einen Herzfehler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
sonstige chronische Leiden od. häufig auftretende Krankheiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche?
Ist Ihr Kind Bettnässer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ist Ihr Kind Schlafwandler?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche? Dosierung?

Darf Ihr Kind rezeptfreie Medikamente aus unserer Erste Hilfe-Ausrüstung von einem fachkundigen Leiter verabreicht bekommen?

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Unterliegt Ihr Kind einer ärztlich verschriebenen Diät? Welche?

Hat Ihr Kind bei sportlichen Aktivitäten und Dauerleistungen Schonung nötig? Wenn ja, welche?

Ihr Kind kann:

gut mäßig nicht schwimmen

Darf Ihr Kind von uns, wenn notwendig, mit dem Auto gefahren werden? (Kindersitz am Lager vorhanden.)

Ja Nein

KIND:

Meldeadresse: _____

M W Soz. Vers .Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Staatsbürgerschaft: _____

VERSICHERTER: Familienname: _____ Vorname: _____

Meldeadresse: _____

M W Soz. Vers .Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

WGKK NöGKK BVA SVA d. Gew. W. KFA VAE(ÖBB) WVB

_____ GKK BKK _____ andere Versicherungsträger _____

Notfalladresse

Im Notfall (Erkrankung, Unfall) ersuche ich zu verständigen:
(erreichbar während der ganzen Lagerzeit)

Name: _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____ **Handy Nr.:** _____ oder

Tel. Nr.: _____ **Handy Nr.:** _____

Bitte geben Sie das vollständig ausgefüllte medizinische Lagerblatt gemeinsam mit einer **Kopie des Impfpasses** Ihres Kindes in einer der nächsten Heimstunden ab.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten