

Medizinisches Lagerblatt/Lageranmeldung

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.

Bei Änderungen der medizinischen Daten geben Sie bitte so schnell wie möglich in der Heimstunde oder der Stufenleitung bescheid.

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"/>	
Ist Ihr Kind Vegetarier	<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?**

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 <input type="radio"/> W <input type="radio"/>	Soz. Vers .Nr.: _____ Geburtsdatum: _____
Staatsbürgerschaft: _____	
VERSICHERTER: Familienname: _____ Vorname: _____	
Meldeadresse: _____	
M <input type="radio"/> W <input type="radio"/>	Soz. Vers .Nr.: _____ Geburtsdatum: _____
Staatsbürgerschaft: _____	
Beruf/Arbeitgeber: _____	
WGKK <input type="radio"/> NöGKK <input type="radio"/> BVA <input type="radio"/> SVA d. Gew. W. <input type="radio"/> KFA <input type="radio"/> VAE(ÖBB) <input type="radio"/> WVB <input type="radio"/>	
_____GKK <input type="radio"/> BKK _____ <input type="radio"/> 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 bis zum 31. Mai 2019 ab. **Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.**

Hiermit melde ich meine(n) Tochter/Sohn für das „SOLA19“ an, **und überweise den Lagerbeitrag (€ 310.-)** auf das in der Ausschreibung genannte Konto.

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten