



Pfadfindergruppe 23
-st. calasanz

1080 Wien, Piaristengasse 45
kontakt@gruppe23.net
www.gruppe23.net

ZVR: 1626297179



facebook.com/gruppe23

**WIENER PFADFINDER
UND PFADFINDERINNEN**



Gesundheitsbogen für Heimabende und Lager

Angaben zum Kind:

Vorname: _____

Nachname: _____

Sozialversicherungsnr.: _____

Geburtsdatum: _____

Hauptversicherte Person:

Name: _____

Sozialversicherungsnr.: _____ Geburtsdatum: _____

Versichert bei (Versicherungsträger): _____

Wohnadresse (PLZ, Ort, Straße/Gasse, Hausnummer, Türnummer):

Beschäftigt bei (Firma, PLZ, Ort): _____

Im Notfall zu verständigen:

Kontakt 1

Name: _____

Tel.-Nummer: _____

Kontakt 2

Name: _____

Tel.-Nummer: _____

Hausarzt/Hausärztin:

Name: _____

Tel.Nr.: _____

Allgemeine Angaben:

Blutgruppe: _____

Impfungen (Datum der letzten Impfung):

FSME (Zecken): _____ Tetanus: _____

Sonstige Impfungen in den letzten 3 Monaten: _____

SchwimmerIn: (bitte ankreuzen) Ja: Nein:

Diäten (vegetarisch, kein Schweinefleisch, ärztlich verordnete Diäten, etc.): _____

Krankengeschichte:

Vorerkrankungen (Asthma, Epilepsie, Hämophilie, Nierenleiden, ADHS), Operationen (zB Blinddarm):

Allergien (auf Pollen, Gräser, Insekten, Lebensmittel, Medikamente, Tierhaare etc.):

1) Allergie gegen: _____

Wie äußert sich die Allergie typischerweise*: _____

Maßnahmen bei allergischer Reaktion: _____

2) Allergie gegen: _____

Wie äußert sich die Allergie typischerweise*: _____

Maßnahmen bei allergischer Reaktion: _____

3) Allergie gegen: _____

Wie äußert sich die Allergie typischerweise*: _____

Maßnahmen bei allergischer Reaktion: _____

*Bitte möglichst genau beschreiben, zB rote/juckende/geschwollene Augen; rinnende/verstopfte Nase; Atemnot bzw. Kurzatmigkeit; trockener Husten oder Husten mit Auswurf; fleckiger/juckender/geschwollener Hautausschlag; häufiges Niesen,...

Medikamente (auch Bedarfsmedikation wie zB. Epipen bei Allergien oder Asthmasprays):

Dauermedikamente (Name, Grund, Dosierung):

Bedarfsmedikamente (Name, Grund, Dosierung):

Ist der/die LagerteilnehmerIn mit der Handhabung der Medikamente vertraut? Ja: Nein:

Ist eine Kontrolle der Einnahme der Medikamente erforderlich? Ja: Nein:

Die notwendigen Dauermedikamente sowie spezielle Bedarfsmedikamente sind selbst mitzubringen!



Pfadfindergruppe 23
-st.-calasanz

1080 Wien, Piaristengasse 45
kontakt@gruppe23.net
www.gruppe23.net

ZVR: 1626297179



facebook.com/gruppe23

**WIENER PFADFINDER
UND PFADFINDERINNEN**



Sonstige Bemerkungen:

Einverständniserklärung:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass

- ich den Gesundheitsbogen vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe und die Pfadfindergruppe 23 St. Calasanz keine Haftung für Schäden, die durch unrichtige oder unvollständige Angaben entstehen, übernehmen.
- ich über die Risiken einer Unterlassung von Vorsorgemaßnahmen, insbesondere Impfungen, informiert bin und die Pfadfindergruppe 23 St. Calasanz keine Haftung für eventuelle Schäden, die aus solcher Unterlassung entstehen können, übernimmt.
- der/die LagerteilnehmerIn seine/ihre e-Card und eine aktuelle Kopie seines/ihres Impfpasses auf Lager mitnimmt und seinen/ihren StufenführerInnen zur Aufbewahrung übergibt.
- der/die LagerteilnehmerIn keine (für Ferienlager) meldepflichtige Erkrankung oder Infektionskrankheiten (zB. Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, Pfeiffer'sches Drüsenfieber) hat und sich in keinem für sich oder andere LagerteilnehmerInnen bedenklichen Gesundheitszustand befindet.
- ich mit der Verabreichung rezeptfreier oder ärztlich verschriebener Medikamente bzw. Durchführung medizinischer Notfallmaßnahmen einverstanden bin.
- ich damit einverstanden bin, dass der/die LagerteilnehmerIn aus gesundheitlichen oder anderen schwerwiegenden organisatorischen Gründen von der weiteren Lagerteilnahme ausgeschlossen werden kann.
- damit einverstanden bin, dass der/die LagerteilnehmerIn über kurze Strecken mit Privat-PKWs von erfahrenen PfadfinderführerInnen (kein Probeführerschein) transportiert werden darf.
- die Pfadfindergruppe 23 st. Calasanz darf die Testdaten meines Kindes/Jugendlichen von den Covis19-Tests (z.B.: "Alles Gurgelt") einsehen.

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r bzw. volljährige/r Lagerteilnehmer/in:

Wien, am _____