

KRANKENBLATT

PERSONALIEN:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

Adresse: _____

Telefon-Nr / Natel-Nr: _____ / _____

Nationalität: _____ Pass-Nr: _____

VERSICHERUNGSDATEN:

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Auslandsdeckung: Ja Nein REGA-Gönner: Ja Nein

Versicherungsstatus (Ausland): Allgemein Halbprivat Privat

Zusätzliche Versicherungen: 1) _____

2) _____

KONTAKTPERSONEN (während Zeit des Lagers):

Erziehungsberechtigte: _____ / _____

Adresse: _____

Telefon-Nr / Natel-Nr: _____ / _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____ Telefon-Nr: _____

Die Angaben auf diesem Informationsblatt sind vertraulich und dienen der Delegationsleitung und dem Delegationsarzt im Falle unvorhergesehener Vorkommnisse während des Lagers. Die **Richtigkeit der Angaben** wird mit untenstehender Unterschrift bestätigt.

Bitte folgenden Kopien beilegen: Beleg Auslandskrankenversicherung, Rega-Gönnerschaft, Impfausweis, evtl. Allergiepass.

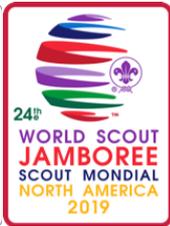
Mit untenstehender Unterschrift gebe ich meine **Einwilligung** an das gesamte Leiterteam, in Absprache mit dem Delegationsarzt alle nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im Notfall auch ohne vorherige Benachrichtigung, zu veranlassen.

Ort / Datum: _____

Unterschriften:

Teilnehmer: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____



GESUNDHEITZUSTAND:

ALLERGIEN: Nein Ja
Falls ja, welche? Medikamente: _____

Nahrungsmittel: _____

Pflanzen / Tiere: _____

Andere: _____

Notfallmedikament (Name / Dosierung): 1) _____ / _____

2) _____ / _____

Vegetarier: Nein Ja Veganer: Nein Ja

KRANKHEITEN: Nein Ja

1) Diagnose: _____

Medikament (Name / Dosierung): _____ / _____

Reservemedikament (Name / Dosierung): _____ / _____

2) Diagnose: _____

Medikament (Name / Dosierung): _____ / _____

Reservemedikament (Name / Dosierung): _____ / _____

OPERATIONEN: Nein Ja

Falls ja, welche? 1) Was: _____, Wann: _____

2) Was: _____, Wann: _____

IMPFUNGEN:

Tetanus (Wundstarrkrampf) Ja Nein Letzte Auffrischung: _____

Diphtherie: Ja Nein Letzte Auffrischung: _____

Pertussis (Keuchhusten) Ja Nein Letzte Auffrischung: _____

Polio (Kinderlähmung) Ja Nein Letzte Auffrischung: _____

H. influenzae B (Hib) Ja Nein Letzte Auffrischung: _____

MMR (Masern, Mumps Röteln): Ja Nein Letzte Auffrischung: _____

Hepatitis A: Ja Nein Letzte Auffrischung: _____

Hepatitis B: Ja Nein Letzte Auffrischung: _____

Meningokokken C: Ja Nein Letzte Auffrischung: _____

Andere: 1) _____, Letzte Auffrischung: _____

2) _____, Letzte Auffrischung: _____

3) _____, Letzte Auffrischung: _____