

Vorname Mitglied:	Nachname Mitglied:	Fahrtename:
-------------------	--------------------	-------------

## Gesundheitsblatt 2019/2020

Damit wir auf der einen Seite im Falle eines Falles immer wissen, wie wir euch erreichen können aber auf der anderen Seite unnötigen Papierkrieg vermeiden möchten, bitten wir euch etwa ein mal im Jahr eure medizinischen Informationen so wie eure Kontaktinformationen zu aktualisieren. Wenn Du willst, dass Du bzw. dein Kind im Notfall in deinem Sinne gut versorgt ist, solltest du die Angaben **sorgfältig** machen. Die Unterlagen werden von der entsprechenden Gruppenführung aufbewahrt und vertraulich behandelt. Auch wenn wir regelmäßig nach einem Update fragen, ist es **Aufgabe der Sorgeberechtigten der Gruppenführung Änderungen umgehend anzuzeigen**. Bitte auch die Rückseite beachten!

### Kontaktinformationen: Mitglied

Name:	Telefon:	Mobil:
Anschrift:		

### Kontaktinformationen: Sorgeberechtigte:r (1)

Name:	Telefon:	Mobil:
Anschrift (Falls von Mitglied abweichend):		

### Kontaktinformationen: Sorgeberechtigte:r (2)

Name:	Telefon:	Mobil:
Anschrift (Falls von Mitglied abweichend):		

### Kontaktinformationen: Vertrauensperson (z.B. Großeltern, Paten, Freunde)

Name:	Telefon:	Mobil:
Anschrift (Falls von Mitglied abweichend):		

### Kontaktinformationen: Hausarzt / Kinderarzt

Name:	Telefon:	Mobil:
Anschrift:		

### Emailadressen

Anschrift (Falls von Mitglied abweichend):
--

### Versicherungsinformationen

Krankenkasse:	Kassennummer:	Versichertennummer:
Geburtsdatum Mitglied:	Versicherungsstatus:	Gültigkeit der Versichertenkarte:
Versichert über:	Telefonnummer Versicherung:	Bei Fahrten bitte die Versichertenkarte in den Rucksack packen.

### Datum der Schutzimpfungen

Tetanus (alle 4 Jahre):	Diphtherie:	FSME:	Polio:
Hepatitis A:	Hepatitis B:	Meningokokken C:	Masern:
Mumps, Röteln:	Windpocken (-ausbruch):	Zusätzlich zum Ausfüllen dieses Abschnitts kann eine Kopie des Impfpasses in den Rucksack gepackt werden.	

### Vorerkrankungen

Z.B. Diabetis, Epilepsie, Zöliakie, Autoimunerkrankungen:

### Allergien

Z.B. Insekten, Medikamente, Lebensmittel, Pollen. Nicht Lebensmittelallergien:

### Diätische Regeln

Z.B. Lebensmittelunverträglichkeiten und -Allergien, Verzicht auf (Schweine-) Fleisch:

### Bedarfs- und Dauermedikation

Z.B. Insulin, Adrenalin, Ritalin. Anwendung durch Kind oder Betreuung? Anwendungsanweisung:

### Hinweise

Z.B. Glaubenszugehörigkeit, Einschränkungen in der Behandlung, Bettnässen, Hintergründe:

### Bitte ankreuzen:

- Ich / Wir gestatte:n der Gruppenführung, das Mitglied im Rahmen der Wundversorgung nicht-verschreibungs-pflichtige Medikamente entsprechend der Packungsbeilage (z.B. Wund/Heilsalbe, Insektengel, Desinfektionsmittel) zu verabreichen.
- Wenn die Erziehungsberechtigten nicht erreichbar sind, darf ein behandelnder Arzt medizinisch sinnvolle Behandlungen durchführen, auch wenn diese nicht unmittelbar überlebensnotwendig sind.
- Wir erlauben das Baden / Schwimmen in Schwimmbädern, Badeseen und anderen geeigneten Stellen, im seichten und tiefen Wasser, mit und ohne Rettungsschwimmer / Bademeister.

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungsberechtigten, versichert diese:r an Eides Statt, dass alle Sorgeberechtigten mit den hier gemachten Angaben einverstanden sind.

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte:r (1)  
Unterschrift, Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte:r (2)  
Unterschrift, Ort, Datum