



GESUNDHEITSBLATT

INFORMATIONEN TEILNEHMER

Nachname: Vorname:

Sozialversicherungsnummer: _ _ _ _ Geburtsdatum: _ _ _ _
Tag Monat Jahr

Krankenkasse:

Zusatzversicherung/Reiseversicherung: Ja Nein

Wenn ja bitte ausfüllen: Versicherungsnummer:

Versichert bei:

Versicherung umfasst folgende Leistungen:

.....

Wohnanschrift:
Blutgruppe

_ _ _ _
PLZ Wohnort Adresse

INFORMATIONEN HAUPTVERSICHERTER

Verhältnis zu Teilnehmer Mutter Vater

Nachname: Vorname:

Sozialversicherungsnummer: _ _ _ _ Geburtsdatum: _ _ _ _
Tag Monat Jahr

Krankenkasse:

IMPFUNGEN

Mein Kind/Ich habe folgende Impfungen erhalten

Tetanus Zuletzt am

FSME Zuletzt am

Zuletzt am

MEDIKAMENTE

Mein Kind nimmt folgende Medikamente, die wie folgt verabreicht werden müssen:

Medikament:	Dosis:	<input type="checkbox"/> Nur bei Bedarf	durch Leiter/ selbst
<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	

GESUNDHEITZUSTAND

Knochenbrüche im letzten Jahr Nein Ja Welche:

Verletzungen im letzten Jahr Nein Ja Welche:

Operationen bisher Nein Ja Welche:

chronische Krankheiten Nein Ja Welche:

Allergien, Unverträglichkeiten Nein Ja Welche:

Ansteckende Krankheiten im letzten Jahr Nein Ja Welche:

Spezialinformationen über mein Kind

Vegetarier

Schon-

kost:.....

Angst im Dunkeln

Angst bei/vor:

Bettnässer

Erinnerung an WC notwendig

Sonnenempfindlichkeit

Kontaktlinsen

psychische Probleme:

Sonstige Besonderheiten:

.....

.....

.....

.....

NOTFALL-KONTAKT:

In Notfällen während des Lagers bin ich/ folgende Vertrauensperson wie folgt erreichbar:

..... Name Verhältnis zu Lagerteilnehmer
..... Straße, Nummer Postleitzahl, Ort
..... Vorwahl, Telefonnummer(n)	

Im Falle, dass ich selbst nicht erreichbar bin, ist/sind die hier angeführte(n) Vertrauensperson(en) darüber informiert, dass mein Kind auf Trainingslager ist, und sie im Notfall erreichbar sein soll(ten). Die angegebene Vertrauensperson ist berechtigt, Entscheidungen zu treffen.

Ich genehmige, dass mein Kind, gegebenenfalls ohne vorherige Verständigung, kurze Wege bei Aufsichtspersonen in privaten PKW mitfahren darf (insbesondere Fahrten zum praktischen Arzt uä).

Ich genehmige, dass mein Kind **rezeptfreie** Medikamente bei Bedarf von der zuständigen Aufsichtsperson verabreicht bekommen darf (z.B. Sportsalben, Halslutschtabletten, Wundsalben, etc.). Wir bitten, auf allfällige Allergien bzw. Unverträglichkeiten explizit hinzuweisen.

Ich übergebe die **Kopie des Impfpasses** gemeinsam mit dem Gesundheitsblatt dem Betreuer-erteam. Mein Kind hat während des Trainingsbetriebes (insbesondere auf der Piste) seine E-card bei sich (kann gerne auch bei einem Betreuer abgegeben werden).

Ich erkläre, dass ich dieses Gesundheitsblatt nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe und nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Betreuer, bezüglich jeglicher Folgen für mein Kind und anderer Personen, aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben, ausgeschlossen ist. Die hier angegebenen Daten werden vertraulich behandelt und nach Ende des Trainingslagers wieder vernichtet.

.....
Datum

.....
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten