



GESUNDHEITSBLATT

INFORMATIONEN TEILNEHMER

Nachname: Vorname:

Sozialversicherungsnummer: _ _ _ _ Geburtsdatum: _ . _ _ _ _
T T M M J J

Krankenkasse:

Blutgruppe:

Zusatzversicherung/Reiseversicherung: Ja Nein

Wenn ja - bitte ausfüllen: Versicherungsnummer:

Versichert bei:

Versicherung umfasst folgende Leistungen:

Wohnanschrift:

_ _ _ _ _
PLZ Wohnort Adresse

INFORMATIONEN HAUPTVERSICHERTER

Verhältnis zu Teilnehmer Mutter Vater

Nachname: Vorname:

Sozialversicherungsnummer: _ _ _ _ Geburtsdatum: _ _ _ _ _ _
T T M M J J

Krankenkasse:

IMPFUNGEN

Mein Kind hat folgende Impfungen erhalten (COVID-Impfung weiter unten):

- 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 Betreuer/ 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

- vegetarisch Schonkost:
- vegan Angst bei/vor:
- Bettnässer Angst im Dunkeln
- Kontaktlinsen Sonnenempfindlichkeit
- psychische Probleme:

Sonstige Besonderheiten:

ZUSATZ AUFGRUND DER CORONA-PANDEMIE

 Bitte in den **7 Tagen** vor Campbeginn alle „Symptome“ der/des Lagerteilnehmers*in dokumentieren. Bitte Zutreffendes ankreuzen

Datum	Fieber (>37,5°C)	Erbrechen	Durchfall	Husten	Hals-schmerzen	Kurzat-migkeit	Geruchs-/Geschmacksstörun-gen	Keine Symp-tome
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tag der Abfahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kam es in den letzten 7 Tagen vor Campbeginn zu einer Abnahme des Geruchssinnes oder Geschmackssinnes?

 NEIN JA

Erklärung: Sollten bei einem*r Camp Teilnehmer*in während des Lagers COVID-19 typische Symptome auftreten, so lassen diese Infos evtl. Rückschlüsse darauf zu, ob es sich um eine normale Erkrankung oder um einen COVID-19 Verdachtsfall handeln kann.

Hat es in den letzten 7 Tagen vor Campbeginn engeren Kontakt zu einer Person gegeben, die COVID-19-Symptome aufwies?

 NEIN JA wer? _____

Welche Symptome? _____

 Wurde diese Person POSITIV auf Sars-CoV-2 getestet? NEIN JA

Mein Kind hat bereits eine **Corona Schutzimpfung** erhalten

- NEIN teilimmunisiert (1/2) vollimmunisiert (2/2 oder 1/1) Booster

Wenn geimpft: Datum der letzten Impfung: _____

Impfstoff: BionTech Moderna AstraZeneca Johnson & Johnson

Hat mein Kind eine Infektion mit Sars-CoV-2 **NACHWEISLICH** durchgemacht

NEIN JA positiver Abstrich Datum: _____

positiver Antikörpertest Datum: _____

NOTFALL-KONTAKT(E):

In Notfällen während des Camps bin ich/ folgende Vertrauensperson(en) wie folgt erreichbar:

.....

Name Telefonnummer

.....

Straße, Nummer Postleitzahl, Ort

Verhältnis zu Lagerteilnehmer:

.....

Name Telefonnummer

.....

Straße, Nummer Postleitzahl, Ort

Verhältnis zu Lagerteilnehmer:

ICH NEHME FOLGENDE INFORMATIONEN ZUR KENNTNIS:

Um das Trainingscamp, gerade in dieser außergewöhnlichen Situation, ruhig beginnen zu können, ist es wichtig, dass Teilnehmer*innen keine Symptome einer Erkrankung – eben auch nur eine Erkältung oder ähnliches – aufweisen. Wir raten von einer Teilnahme deines Kindes ab, wenn das nicht eindeutig ist. Im Zweifelsfall bitte rechtzeitig mit uns Kontakt aufnehmen.

Ebenso ist eine **Teilnahme als K-1 Kontaktperson (KPI)** bzw. bei Vorliegen eines behördlichen Absonderungsbescheides vor Ablauf der 10-Tages-Frist **NICHT möglich** (Freitesten ab dem 5. Tag mittels PCR-Test ist allerdings möglich).

Im Fall, dass ich selbst nicht erreichbar bin, ist/sind die oben angeführte(n) **Vertrauensperson(en)** darüber **informiert**, dass mein Kind auf Trainingscamp ist, und sie im Notfall erreichbar sein sollte(n). 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, Magnesiumtabletten, etc.). Wir bitten, **auf allfällige Allergien** bzw. Unverträglichkeiten **explizit hinzuweisen**.

Ich übergebe die **E-Card** und eine **Kopie des Impfpasses** gemeinsam mit dem Gesundheitsblatt bei der Abreise dem Betreuersteam.

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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten