

Notfallblatt

Die Angaben auf diesem Informationsblatt dienen der Lagerleitung bei allfälligen unvorhergesehenen Ereignissen während des Lagers. Die Lagerleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Das Informationsblatt wird nach dem Lager vernichtet.

Es muss für jede Person ein eigenes Formular ausgefüllt werden!

Wir empfehlen, dem Informationsblatt eine aktuelle Kopie des Impfausweises beizulegen.

Personalien

-  Pfadiname:
-  Vorname:  Nachname:
-  Geburtsdatum:  Heimatort:
-  Strasse:  PLZ, Ort:

Angaben der Eltern

-  Vor- und Nachname der Erziehungsberechtigten:
-  Telefon:  Mobiltelefon:

Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers *(falls möglich in der Schweiz)*

-  Name/Bezeichnung:
-  Strasse:  PLZ, Ort:
-  Telefon:  Mobiltelefon:

Versicherung

-  Krankenkasse:  Karten-Nr.:
-  Gönner der Rega: Ja Nein  Karten-Nr.:

Die Teilnehmenden werden durch das Leitungsteam kostenfrei bei der Rega gemeldet und gelten dadurch für die Lagerdauer als Rega-Gönner. Ich bin einverstanden, dass hierfür Name, Adresse und Geburtsdatum meines Kindes an die Rega weitergegeben werden:

 Ja Nein

Hausarzt

-  Vorname:  Nachname:
-  Strasse:  PLZ, Ort:
-  Telefon Praxis:

Schwimmen

-  Kann schwimmen: Ja Nein
-  *wenn Ja:* Kann weniger als eine Länge am Stück schwimmen (25m)
 Kann mehr als eine Länge am Stück schwimmen (25m)
-  *wenn Nein:* Darf sich im Nicht-Schwimmer-Becken ohne Schwimmhilfe bewegen
 Braucht eine Schwimmhilfe (z.B. Flügel)
-  Kann tauchen: Ja Nein

Gesundheitszustand

 Gewicht:

 Regelmässig einzunehmende Medikamente:
(Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift)

 Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden:
 Ja Nein

 Bemerkungen zum Gesundheitszustand:
(z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Operationen, Allergien)

Allgemeines

 Besondere Hinweise an die Küche:
(Essgewohnheiten, Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten, ...)

 Bemerkungen und Empfehlungen:
(Heimweh, Bettnässen, Sorgen, Ängste, ...)

Das Leitungsteam darf der teilnehmenden Person unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbständig verabreichen.

Dies ist meine Einwilligung an die Lagerleitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall ohne vorherige weitere Benachrichtigung, zu veranlassen.

Ort, Datum:



Unterschrift der Eltern:



(bei volljährigen Personen der teilnehmenden Person)

Achtung: Die Teilnehmenden sind durch die Pfadi nicht gegen Unfall und Krankheit versichert; die Pfadi lehnt jede Haftung ab. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.