

Medizinisches Informationsblatt

Dieses Informationsblatt muss jede/r LagerteilnehmerIn - ausgefüllt und unterschrieben - vor bzw. bei der Abreise zum Lagerplatz zusammen mit seinem/ihrer Impfpass und der E-Card bei seinen zuständigen Leitern abgeben. Bitte auch regelmäßig einzunehmende Medikamente mit der Dosierungsanleitung an die Leiter aushändigen. Diese Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur im Bedarfsfall an medizinisches Personal übergeben, um eine rasche und vor allem richtige medizinische Versorgung im Notfall zu erleichtern.

Familienname:

Vorname: **Geburtsdatum:**

Versicherung: **Vers.Nr.:**

(Mitversichert bei: Vers.Nr.:)

Zusatzversicherung: **Zus.Vers.Nr.:**

Adresse:

Telefon (Festnetz/Mobil):

Name der Eltern:

In Urlaub von/bis/Ort:

Blutgruppe

Blutgruppe (O/A/B/AB):

Rhesus-Faktor (pos./neg.):

Benötigte Medikamente

Medikament(e):

Einnahmezeit / Dosis:

Einnahme seit:

Nebenerscheinungen:

.....

FSME (Zecken): ☐ ja (im Jahr) ☐ nein

Tetanus: ☐ ja (im Jahr) ☐ nein

Diphtherie: ☐ ja (im Jahr) ☐ nein

Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten

☐ Zöliakie ☐ Laktoseintoleranz ☐ Fructoseintoleranz

☐ Gräser ☐ Pollen ☐ Asthma Bronchiale

☐ Penicillin ☐ Insektenstiche (z.B. Bienen)

☐ Histamin ☐ Sonstiges:

☐ Vegetarier/Veganer ☐ Sonstige Diäten:

☐ Nichtschwimmer

☐ Enuresis (Bettnässen)

Krankheiten / Operationen

☐ Asthma ☐ Epilepsie

☐ Diabetes ☐ Mandeln bereits entfernt

☐ Bluter ☐ Blinddarm bereits entfernt

☐ Kinderkrankheiten:

.....

.....

.....

Ich erkläre mich mit den an meinem Kind **im Notfall** vorzunehmenden Operationen, Injektionen oder sonstigen medizinischen oder therapeutischen Maßnahmen einverstanden und bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Ich bestätige auch, dass mein Kind **im Bedarfsfall** von den Begleitern rezeptfreie Arzneimittel (wie Desinfektionsmittel bei kleinen Wunden) erhalten darf.

Datum

Unterschrift