



Informations- und Gesundheitsbogen für das Jahr 2024

Angaben des Lagerteilnehmenden

Vor- und Zuname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Krankenkasse
PLZ und Wohnort	Versicherungsnummer

Notfall-Kontaktperson (24h erreichbar)

Während des Lagers ist unsere/meine Adresse wie folgt:

Vor- und Zuname	Handynummer
Straße und Hausnummer	Festnetz
PLZ und Wohnort	Telefon Arbeitsstelle

Einwilligung zur Behandlung/Operation

Sollte ich während eines Lagers nicht erreichbar sein, erteile ich hiermit den verantwortlichen Leitungen die Erlaubnis, im Notfall einem Arzt Behandlungs- und Operationserlaubnis zu erteilen, wenn er dies für erforderlich hält und für medizinisch notwendig.

Behandlung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Operation	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Schwimmen

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter (unter Aufsicht) schwimmen darf. *Zutreffendes bitte ankreuzen*

In Bädern <input type="checkbox"/>	Schwimmabzeichen		
Im See <input type="checkbox"/>	Seepferdchen <input type="checkbox"/>	Silber <input type="checkbox"/>	Rettungsschwimmer <input type="checkbox"/>
Im Meer/Fluss <input type="checkbox"/>	Bronze <input type="checkbox"/>	Gold <input type="checkbox"/>	

Medikamente				
Meine Tochter/mein Sohn nimmt folgende Medikamente regelmäßig ein:				
Medikament	<i>Morgens</i>	<i>Mittags</i>	<i>Abends</i>	<i>Nachts</i>
	<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"/>
Meine Tochter/mein Sohn nimmt folgende Medikamente nach Bedarf ein (inkl. Dosis):				
Sonstiges:				
Hiermit erkläre ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass mein/unser Kind die oben genannten Medikamente während der Fahrt von einer Leiterin / einem Leiter verabreicht bekommt.			Ja	<input type="checkbox"/>
			Nein	<input type="checkbox"/>
Freiverkäufliche Medikamente	Verabreichung durch den Leiter			
Dexpanthenol (z.B. Bepanthen)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Hydrocortison (z.B. Fenistil Hydrocort)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Dimetindenmaleat (z.B. Fenistil Gel)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Octenidin (z.B. Desinfektionsspray)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Povidon-Jod (z.B. Bataisodona)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen (Nurofen, Ibuprofen)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Paracetamol	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Sonstige Medikamente die nicht eingenommen werden dürfen:				

Zeckenentfernung durch eine/n Leiter/in	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	------	--------------------------

Allergien
Mein Kind ist gegen folgende Medikamente, Tiere, Lebensmittel, etc. allergisch:

Was sollte noch beachtet werden?

Impfnachweis				
Impfung	Geimpft?		Zuvor Erkrankt?	
Diphtherie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tetanus (Wundstarrkrampf)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Polio (Kinderlähmung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Keuchhusten (Pertussis)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hib (Haemophilus influenzae B)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis B	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Mumps	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Masern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Röteln	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Windpocken (Varizellen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Grippe (Influenza)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
HPV (Humane Papillomaviren)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Meningokokken	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Pneumokokken	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rotaviren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Covid-19 Impfung	1. am:			
	2. am:			
Booster (Covid-19)	am:			
Zusatz Ü18				
Gürtelrose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tetanus Auffrischung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

HINWEIS: Dieses Dokument wird für den Zeitraum eines Kalenderjahres verwendet. Es wird am Ende des Jahres gelöscht. Somit muss zu Beginn eines jeden Jahres der Medikamentenbogen erneuert werden und sobald sich irgendeine Angabe ändert.



Rüthen, den

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten