

Gesundheitsfragebogen Segelfahrt 2022



Bund der Pfadfinderinnen & Pfadfinder e.V.

Diesen Bogen bitte ausfüllen/ausdrucken, von dem / den Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und den Teilnehmer*innen mitgeben.

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Straße, Nr. : _____

PLZ, Ort : _____

Stamm / Gruppe : _____

Schutzimpfungen :
(Bitte Datum angeben)

Tetanus _____

Masern _____

Hepatitis A _____

Mumps _____

Hepatitis B _____

Röteln _____

Diphtherie _____

FSME _____

Polio /
Kinderlähmung _____

Keuchhusten _____

Windpocken _____

sonstige Impfungen

Bekannte Vorerkrankungen / Operationen : _____

Unser Kind / Ich hatte folgende Erkrankungen :
(bitte ankreuzen)

Windpocken

Masern

Scharlach

Röteln

Mumps

Diphtherie

Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebens-mittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.) : _____

Mein / Unser Kind befindet sich zurzeit in ärztlicher Behandlung (behandelnder Arzt) :

Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen: _____

Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein :

ja nein

Bei meinem / unserem Kind ist auf Folgendes zu achten : _____

Einschränkungen in der Behandlung : _____

Krankenkasse	Kassennummer	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis

Ich/ Mein Kind ist bezüglich Corona

🍷 Geimpft Datum der Impfungen : _____

🍷 Genesen gültig bis : _____

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Funktion : _____

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf / dürfen nur die Erziehungs-/ Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

Mein Kind kann und darf schwimmen

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

Name, Vorname : _____

Telefon : _____

Mobil : _____

Straße, Nr. : _____

PLZ, Ort : _____

Name, Vorname : _____

Telefon : _____

Mobil : _____

Straße, Nr. : _____

PLZ, Ort : _____

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/ Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls diesem zustimmt. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Unterschrift der
Erziehungs-/Sorgeberechtigten