



## Gesundheitsfragebogen für die Landesfahrt 2024

Diesen Bogen bitte ausfüllen/ausdrucken, von dem/der Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und der Gruppenleitung mitgeben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Stamm
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Vorhandene Schutzimpfungen (bitte mit Datum angeben): Tetanus / Hepatitis A / Hepatitis B / Diphtherie / Polio/Kinderlähmung / Masern / Mumps / Röteln / FSME / Keuchhusten / Windpocken / Tollwut / Covid-19 /sonstige Impfungen		
Bekannte Vorerkrankungen/Operationen (bitte mit Datum):		
Unser Kind/ich hatte bereits folgende Erkrankungen: Windpocken Scharlach Mumps Masern Röteln Diphtherie		
Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebensmittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.):		
Mein / Unser Kind befindet sich zurzeit in ärztlicher Behandlung (behandelnde*r Arzt*Ärztin):		
Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:		
Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Gruppenleitung sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bei meinem / unserem Kind ist auf Folgendes zu achten (Einschränkungen etc.):		
Es dürfen vor Ort von behandelnden ehrenamtlichen Sanis folgende Maßnahmen durchgeführt werden: - Entfernen von Splintern, Zecken und Insektenstacheln <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Auftragen von Salben und Wunddesinfektion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - Blutzuckermessungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Krankenkasse	Kassenummer	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte 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.

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\* einer Erziehungs-/ Sorgeberechtigten versichert diese\*r an Eides statt, dass der\*die 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 (falls vorhanden) und Impfausweis werden mitgeführt.

Ich stimme zu, dass die angegebenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung des BdP LV Hessen e.V. (nachzulesen auf <https://hessenwiki.de/confluence/pages/viewpage.action?pageId=131301441>) behandelt werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der\*des Erziehungs-/Sorgeberechtigten      Unterschrift der\*des Erziehungs-/Sorgeberechtigten