



Vor - und Zuname des Kindes: .....

Geburtsdatum: ..... Vers. Nr.: ..... Krankenkasse: .....

Folgende Angehörige sind während der Lagerdauer erreichbar und berechtigt allenfalls notwendige Maßnahmen zu treffen:

**Person 1:**

**Person 2:**

Name: ..... Name: .....

Adresse: ..... Adresse: .....

Telefon: ..... Telefon: .....

Mein Kind hat folgende Operationen bereits gehabt: .....

Folgende Kinderkrankheiten hat mein Kind bereits gehabt:

.....

Folgende Impfungen wurden bei meinem Kind durchgeführt:

	Ja, die letzte Impfung war am:	Nein
Tetanus	<input type="radio"/> .....	<input type="radio"/>
FSME	<input type="radio"/> .....	<input type="radio"/>

(Im Falle eines „Zeckenbisses“ wird der Zeck entfernt, desinfiziert und die Einstichstelle beobachtet.)

Hat Ihr Kind Nahrungsmittelunverträglichkeiten?  keine bekannt  ja und zwar:

.....

Hat Ihr Kind Allergien? (zB. gegen: Medikamente, Insektenstiche, Pollen, etc.)

keine bekannt  ja und zwar gegen: .....

Mein Kind nimmt folgende Medikamente: .....

.....

(bitte geben Sie an, wofür und wann die Medikamente eingenommen werden sollen)

Mein Kind hat folgende chronische Krankheiten: (Asthma, Diabetes mellitus, etc.)

.....

Mein Kind ist /hat:

- Enuresis nocturna (Bettnässer)     Schwimmer
- Schlafwandler     Nichtschwimmer (Schwimmflügel mitgeben)
- häufiges Kopfweh     psychische Probleme

Mein Kind darf Medikamente (Desinfektionsmittel, Salben, fiebersenkende Mittel, Hustensaft usw.) - nach telefonischer Rücksprache mit einem Elternteil - aus unserer Erste-Hilfe-Ausrüstung erhalten.

ja     nein

Datum: ..... Unterschrift Eltern: \_\_\_\_\_

**DATENSCHUTZ:**  
Die Gesundheitsblätter sind während des aktuellen Sommerlagers nur für die jeweiligen Stufenleiter einsehbar. Diese werden nach dem Sommerlager lt. DSGVO entsorgt.