



**Gesundheits- und Informationsbogen für**

**Leiter, Eltern und Lagerteilnehmer**

Name: \_\_\_\_\_

Stufe:

Wölflinge	Jungpfadfinder	Pfadfinder	Rover	Leiter

Wo sind:

Krankenversichertenkarte:      bei Leitern       beim Kind

Personalausweis:                      bei Leitern       beim Kind

Impfausweis:                              bei Leitern       beim Kind

Medikamente:                      keine       bei Leitern       beim Kind

Taschengeld:                              bei Leitern       beim Kind

Angaben des Lagerteilnehmers	Angaben des Versicherten
Vor- und Zuname	Vor- und Zuname
Geb. Datum	Geb. Datum
Straße, Haus-Nr.	Arbeitgeber
PLZ, Wohnort	Krankenkasse
Hausarzt	Telefonisch erreichbar unter
	Alternative Telefonnummer (mobil)

Während des Lagers ist unsere Adresse wie folgt:

Heimatadresse	Ferienadresse
Name	Name
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort
Telefon	Telefon (mit Vorwahl)
Alternative Telefonnummer	Alternative Telefonnummer

Die auf diesem Bogen erhobenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und nur im Falle von medizinischer Notwendigkeit den beteiligten Behandelnden offenbart (z.B. bei Arztbesuchen im Lager).

Die Daten werden zentral von einem Leiter verwaltet und unter Verschluss gehalten. Andere Leiter haben Zugriff auf die Daten.

Mit meiner Unterschrift bin ich damit einverstanden, dass Bilder meines Kinds o. mir während der Veranstaltung erstellt und für die Öffentlichkeitsarbeit auf der Webseite des Stammes ([www.scheuburg.de](http://www.scheuburg.de)) und der Stammesinfos veröffentlicht werden dürfen.

Die Gesundheitsbögen werden nach dem Sommerlager vernichtet. Eine vorzeitige Vernichtung ist auf Anfrage an [Vorstand@Scheuburg.de](mailto:Vorstand@Scheuburg.de) möglich.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Daten von den Leitern des DPSG Stamm Scheuburg zum Wohl des Kindes genutzt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass alle Angaben freiwillig sind und die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann.

Ort, Datum	Unterschrift der Erziehungsberechtigten
------------	---

Unser Kind darf... (1 von 2)

**...Schwimmen**

	<b>Ja</b> im Schwimmerbereich	<b>Ja</b> im Nichtschwimmerbereich	<b>Nein</b>
Bäder			
offene Gewässer			

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Unser Kind ist Schwimmer*in		

**...Radfahren / Skaten**

	<b>Ja</b>	<b>Ja</b> nur mit Helm	<b>Nein</b>

**...an folgenden Sportarten nicht teilnehmen:**

---

---

**... in Städten/bei Tagesausflügen in Gruppen ab 3 Teilnehmern für einen festgelegten Zeitraum mit Treffpunkt auch ohne Leitungsaufsicht unterwegs sein.**

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>

**...in Kleingruppen an der Haijk teilnehmen**

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>

Unser Kind darf... (2 von 2)

**...folgende Getränke zu sich nehmen**

	<b>Ja</b>	<b>Ja</b> geringe Mengen (1-2 Tassen)	<b>Nein</b>
Kaffee			
Cola			
Energydrinks			

**ab 16:**

	<b>Ja</b> Uneingeschränkt (Leiterveto)	<b>Ja</b> geringe Mengen (1-2 Tassen)	<b>Nein</b>
Bier			
Wein			

Sonstige Besonderheiten:

---

---

**Unser Kind hat folgende Ernährungseinschränkungen:**

<b>Keine</b>	<b>siehe unten</b>

---

---

**Bei unserem Kind sind folgende Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt:**

<b>Keine</b>	<b>siehe unten</b>

---

---

(z.B. allergisches Asthma, Heuschnupfen, Medikamenten-, Lebensmittel- und Pollenallergie, sonstige Allergien)

**Bei unserem Kind sind folgende Krankheiten / Anfälligkeiten bekannt:**

Keine	siehe unten

(z.B. Asthma, Epilepsie, Neigung zu Panikattacken, Reiseempfindlichkeit...)

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, den Leitern mitzuteilen, **falls innerhalb von sechs Wochen vor Beginn der Fahrt in der Umgebung meines Kindes Infektionskrankheiten aufgetreten sind.**

**Bei unserem Kind liegt eine Behinderung/Beeinträchtigung vor:**

Keine	siehe unten

**Impfungen / Immunitäten**

<p>Unser Kind hatte folgende Krankheiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Windpocken</li> <li><input type="checkbox"/> Masern</li> <li><input type="checkbox"/> Mumps</li> <li><input type="checkbox"/> Röteln</li> <li><input type="checkbox"/> Keuchhusten</li> <li><input type="checkbox"/> Covid-19</li> </ul>	<p>Folgende <b>Schutzimpfungen</b> wurden vorgenommen:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Windpocken am: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Kinderlähmung am: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Masern am: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Tetanus am: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mumps am: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Diphtherie am: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Röteln am: _____</td> <td><input type="checkbox"/> FSME am: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Keuchhusten am: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Covid-19 am: _____</td> </tr> </table> <p><b>Eine Kopie des Impfpasses bitte anbei legen.</b></p>	<input type="checkbox"/> Windpocken am: _____	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung am: _____	<input type="checkbox"/> Masern am: _____	<input type="checkbox"/> Tetanus am: _____	<input type="checkbox"/> Mumps am: _____	<input type="checkbox"/> Diphtherie am: _____	<input type="checkbox"/> Röteln am: _____	<input type="checkbox"/> FSME am: _____	<input type="checkbox"/> Keuchhusten am: _____	<input type="checkbox"/> Covid-19 am: _____
<input type="checkbox"/> Windpocken am: _____	<input type="checkbox"/> Kinderlähmung am: _____										
<input type="checkbox"/> Masern am: _____	<input type="checkbox"/> Tetanus am: _____										
<input type="checkbox"/> Mumps am: _____	<input type="checkbox"/> Diphtherie am: _____										
<input type="checkbox"/> Röteln am: _____	<input type="checkbox"/> FSME am: _____										
<input type="checkbox"/> Keuchhusten am: _____	<input type="checkbox"/> Covid-19 am: _____										

**Medikamente**

Folgende **Medikamente** nimmt unser Kind ein:

Morgens (**Mo**), Mittags (**Mi**), Abends (**Ab**), zur Nacht (**Na**), bei Bedarf (**b.B.**) (bitte jeweils mit Vermerk wie viele Tabletten, Tropfen...), selbständig (**s**), Verabreichung durch Leiter (**L**), Besonderheiten händisch vermerkt (**B**)

Name, Wirkstoff + Wirkstoffstärke	Mo	Mi	Ab	Na	b.B.	s	L	B

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich **bei kleineren Angelegenheiten** (kleinere, oberflächliche Schnitte oder Kratzer, Insektenbisse ohne Entzündungszeichen,...) **qualifizierte Leiter** um mein Kind kümmern, wenn **nach objektiver Beurteilung** kein ärztliches Personal hinzugezogen werden muss.

Ja	Nein	Bitte rufen Sie mich jeweils an