

Gesundheitsfragebogen Landespfindstlager 2019

Diesen Bogen bitte ausfüllen/ausdrucken und unterschreiben bzw. von dem / den Erziehungs- /Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und dem Gruppenleiter mitgeben.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Stamm/Landesverband/Unterlager
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Schutzimpfungen (bitte Datum angeben)		
Tetanus / Hepatitis A / Hepatitis B / Diphtherie / Polio Masern/ / Mumps / Röteln / FSME / Keuchhusten / Windpocken sonstige Impfungen		
Bekannte Vorerkrankungen/Operationen		
Ich / Mein / Unser Kind/ich hatte folgende Erkrankungen		
Windpocken Scharlach Mumps Masern Röteln 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)		
Ich / Mein / Unser Kind bekomme/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 Der Gruppenleiter 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.)		
Glaubenszugehörigkeit *	Einschränkungen in der Behandlung	
Krankenkasse	Kassennummer	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis

* Angabe freiwillig

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

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

Die Datenschutzerklärung unter <https://www.nds.meinbdp.de/x/OIFOBQ> habe/n ich/wir gelesen, verstanden und stimmen der Verarbeitung der personenbezogenen Daten von mir / unserem Kind zum Zwecke der Durchführung der o.g. Veranstaltung im Rahmen der Datenschutzerklärung zu.

Der Gesundheitsbogen verbleibt bei der im Stamm zuständigen Stelle. Nur im Not- oder Krankheitsfall wird dieser an das Sanitätsteam des Landespfingstlagers oder Dritte (Rettungsdienst, Ärzte, Krankenhaus) weitergegeben

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!

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Unterschrift des Erziehungs-/Sorgeberechtigten