

Gesundheitsfragebogen

Landespfindstlager 2015, BdP LV Niedersachsen e.V.

Dieser Gesundheitsbogen ist bitte gewissenhaft auszufüllen, von dir oder einer sorgeberechtigten Person zu unterschreiben und bei deiner Stammesführung abzugeben!

Name, Vorname		Geburtsdatum	Stamm			
Straße und Hausnummer		Postleitzahl, Ort				
Schutzimpfung (Nicht zutreffendes bitte streichen)						
Tetanus	Hepatitis A	Hepatitis B	Diphtherie	Polio	Masern	Mumps
Röteln	FSME	Keuchhusten	Windpocken			
Bekannte Vorerkrankungen/Operationen (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Epilepsie und weitere):						
Bekannte Allergien (Medikamenten-, Lebensmittel-, sonstige Allergien):						
Name, Anschrift und Telefonnummer des Hausarztes:						
Folgende Dauermedikation oder Bedarfsmedikation wird eingenommen und mitgeführt (mit Dosierung):						
<input type="checkbox"/> Die Medikamente werden selbstständig eingenommen <input type="checkbox"/> Die Gruppenleitung sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente						
Darüber hinaus ist auf folgendes zu achten: (Gesundheitliche Besonderheiten, Einschränkungen in der Behandlung)						
Krankenkasse		Versichertennummer				
Versichert über:						

<input type="checkbox"/> Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls dürfen folgende Personen über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (z.B. Röntgen, Naht einer Wunde) einwilligen.		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion
<input type="checkbox"/> Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls darf/dürfen nur die Erziehungs-/Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden.		
Achtung: Bei akut lebensbedrohlichen Erkrankungen entscheidet über notwendige Maßnahmen grundsätzlich der behandelnde Arzt.		

Ich bin/wir sind jederzeit wie folgt zu erreichen:		
Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die hier erhobenen Daten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht. Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

Dieser Gesundheitsfragebogen ist bitte ausdrücklich auch von volljährigen Teilnehmer*Innen auszufüllen!

Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift