

# SANI WILLS WISSEN

## Medizinische Angaben der Teilnehmenden

Liebe Eltern und Teilnehmende

Wir hoffen auf ein tolles, unvergessliches und unfallfreies Lager. Für den Notfall möchten wir jedoch gewappnet sein und bitten Sie deshalb, das folgende Formular **korrekt und vollständig auszufüllen**. Die Angaben auf diesem Blatt helfen uns, während des Lagers richtig zu reagieren und zu entscheiden. Sie werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Das Blatt wird am Schluss des Lagers vernichtet oder zurückgegeben. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen (Unfall, Krankheit) selbst verantwortlich.

- Es braucht für jedes Kind einen persönlichen **«Sani wills Wissen»**. Deshalb ist es nötig, dieses Formular der Lagersanität an der Gepäckabgabe abzugeben.
- Wir bitten Sie, eine Kopie des Impfausweises beizulegen.
- Geben Sie uns bitte frühzeitig Bescheid, falls Ihr Kind krank oder verletzt ist vor dem Lager, dann kann es leider nicht oder erst nach vollständiger Genesung am Lager teilnehmen. Ist die weitere Teilnahme am Lager nicht mehr möglich, werden wir die Notfallperson kontaktieren.

### Personalien des Kindes

Name:	_____
Adresse:	_____
Geburtsdatum:	_____
AHV-Nummer:	_____
Krankenkasse:	_____
Nummer der Police:	_____
Unfallversicherung:	_____

### Personalien einer Notfallperson/Eltern, die wir bei einem Notfall kontaktieren können

Name:	_____
Adresse:	_____
Telefon-Nummer:	_____

### Hausärztin/Hausarzt

Name:	_____
Adresse:	_____
Telefon der Praxis:	_____

Kann Ihr Kind **schwimmen**?

Ja  Nein

Dürfen wir im Notfall Ihrem Kind ein **Medikament verabreichen**?

Ja  Nein

Bekannte Allergien/Grund zur Einnahme von Medikamenten?

Medikament dazu:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besondere Hinweise an die **Küche** (Vegi, Nahrungsmittel-Allergien etc.):

\_\_\_\_\_

Gibt es sonst **Spezielles** zu beachten (Bettnässen, häufige Kopfschmerzen etc.)?

\_\_\_\_\_

Dies ist meine **Einwilligung an die Leitung**, die notwendigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall ohne vorherige weitere Benachrichtigung, zu veranlassen.

Ort, Datum:

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte: