

# Notfallblatt – Infos über die Teilnehmerin

Liebe Eltern

Wir hoffen auf ein tolles, unfallfreies Lager. Für den Notfall möchten wir jedoch gewappnet sein und bitten Euch deshalb, das folgende Formular auszufüllen. Die Angaben auf diesem Blatt werden von der Lagersanität vertraulich behandelt und helfen der Leitung, während des SOLA richtig und schnell reagieren zu können.

## 1 | Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse, Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
AHV- Nummer: \_\_\_\_\_ Unfallversicherung: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Krankenkassen-Nr. \_\_\_\_\_

## 2 | Notfallkontakt

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel-Nr. (min. 2): \_\_\_\_\_  
Hausarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_ Adresse, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## 3 | Medizinische Angaben

Bekannte **Allergien** (Heuschnupfen, Sonnen-, Bienenstich-, Medikamentenallergie, etc.):  
Bienenstichallergie

**Medikamente**, die während dem Lager eingenommen werden müssen (inkl. Dosierung):

Besondere Hinweise an die **Küche** (Unverträglichkeiten, Nahrungsmittelallergien, etc.):

**Sonstiges:**

(weitere Bemerkungen können auf der Rückseite angebracht werden)

Hiermit bestätige ich, keine Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand meines Kindes der Lagersanität vorzuenthalten und gebe die **Einwilligung an die Leiterinnen**, im Notfall die Informationen an medizinisches Fachpersonal weiterzugeben und die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.

Ort, Datum:

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte:

Bitte das ausgefüllte Notfallblatt zusammen mit der **Kopie des Impfausweises und der Versicherungskarte** bis spätestens am Freitag, 17. Mai 2024 an Maja von Ah, Allmend 21, 6023 Rothenburg senden.

**Versicherung ist Sache des/der Teilnehmenden!**