



Medizinische Angaben der Teilnehmenden



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 helfen uns, während des Lagers richtig zu reagieren. Wir verpflichten uns, diese Angaben vertraulich zu behandeln und nach dem Lager zu vernichten.

Personalien

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Eltern oder zu benachrichtigende Person

Name: _____

Adresse: _____ (nur falls abweichend)

Telefonnummer: _____

Hausarzt

Name: _____

Adresse: _____

Telefon Praxis: _____

Krankenkasse: _____

Bitte Kopie der Krankenkassenkarte beilegen.

Unfallversicherung: _____

Bekannte **Allergien** (Heuschnupfen, Bienenstich, Nahrungsmittel, etc.)

Letzte **Starrkrampfpimpfung**

Medikamente, die während des Lagers eingenommen werden müssen:
(Medis können am Samstagmorgen den Leitenden abgegeben werden)

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

Versicherung ist Sache der Teilnehmenden.

Dies ist meine **Einwilligung an die Leitung**, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung zu veranlassen – in einer Notfallsituation auch ohne vorherige Benachrichtigung.

Ort, Datum:

Unterschrift erziehungsberechtigte Person:
