

## **Medizinische Angaben der Teilnehmenden**

### **Name des Kindes**

Vorname:

Nachname:

### **Hausarzt**

Name:

Adresse:

Telefonnummer Praxis:

### **Allgemeine Angaben**

Ist das Kind ein\*e Risikopatient\*in? Falls ja, was hat es?  Ja  Nein

Bekannte Allergien (Heuschnupfen, Sonnen-, Bienenstich, etc...)

Medikamente, welche während des Lagers eingenommen werden müssen:

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

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die Leitung im äussersten Notfall die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung ohne vorherige weitere Benachrichtigung veranlassen darf.

Ort, Datum:

Unterschrift der Eltern: