Stamm Greifen
deutsche pfadfinderschaft sankt georg
dpsg

Gesundheitsbogen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Name des/der Erziehungsberechtigten:

Notfall-Kontaktperson (mit Adresse, Handynummer, evt. Urlaubsanschrift):

Krankenkasse mit Geschäftsstelle, Versicherungsnummer, evtl. Name des Versicherten:

Letzte Tetanus Impfung:

(Bitte trotzdem eine Kopie des Impfpasses beifügen)

Blutgruppe und Rh-Faktor:

Zurzeit besteht folgende Krankheit:

Eine Allergie ist bekannt gegen:

Eine Unverträglichkeit gegen folgende Arzneimittel ist bekannt:

Auf die Einnahme folgender Arzneimittel ist zu achten:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind die oben genannten Medikamente währen der Fahrt von den Leitern verabreicht bekommt.

☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer):

Einwilligung zu Behandlung/Operation:
Hiermit gebe ich den verantwortlichen Leitern die Erlaubnis, im Notfall einem Arzt Behandlungs- und Operationserlaubnis zu erteilen, wenn er dies für erforderlich hält.
Agreement for medical treatment/surgery:
I authorise the group leader to give permission to a doctor to treat my child or to perform any necessary surgical operation, if he/she believes this to be necessary.
☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind im öffentlichen Schwimmbad/Meer baden darf.
☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Mein Kind ist:
☐ Nichtschwimmer ☐ Anfänger ☐ Schwimmer

Ich erlaube meinem Kind tagsüber ohne Begleitung eines Leiters mit mindestens zwei weiteren Teilnehmern den Platz zu verlassen.
☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Ich erlaube meinem Kind, an außerprogrammlichen Veranstaltungen, Radtouren, Bootsfahrten, Segeln, etc. teilzunehmen.
☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind durch eine geschulte Person mit einem Antigen-Schnelltest auf das Coronavirus getestet werden darf und dass mein Kind die Testung unter Aufsicht selber durchführen darf.
☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Ich bin damit einverstanden, dass bei einer nachhaltigen Störung der Fahrt mein Kind nach Hause geschickt werden kann. Die Erziehungsberechtigten haben in diesem Fall die Fahrtkosten des Kindes und die einer Begleitperson zu tragen.
☐ Ja/Yes ☐ Nein/No

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Medikamente meinem Kind durch das Leitungsteam im Notfall verabreicht werden. Bez. Des Medikamentes, Dosis und Einnahmehäufigkeit:

Sonstige wichtige Informationen an das Leitungsteam (werden vertraulich behandelt):

Aktuelles Leitungsteam der Stufe: Annika Schmitz, Katja Heffels. Timo Willeke, Christan Platz, Tobias Krumm

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten