Gesundheitsfragebogen für die Landesfahrt 2019

Diesen Bogen bitte ausfüllen/ausdrucken, von dem/der Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und der Gruppenleitung mitgeben.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | | Geburtsdatum | Stamm |
|  | |  |  |
| Straße, Nr. | | | PLZ, Ort |
|  | | |  |
| Vorhandene Schutzimpfungen (bitte mit Datum angeben):  Tetanus  / Hepatitis A  / Hepatitis B  / Diphtherie / Polio/Kinderlähmung  / Masern  / Mumps / Röteln / FSME / Keuchhusten / Windpocken  / Tollwut **/** sonstige Impfungen | | | |
| Bekannte Vorerkrankungen/Operationen (bitte mit Datum): | | | |
| Unser Kind/ich hatte bereits folgende Erkrankungen:  Windpocken  Scharlach  Mumps  Masern  Röteln  Diphtherie | | | |
| Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebens-mittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.): | | | |
| Mein / Unser Kind befindet sich zurzeit in ärztlicher Behandlung (behandelnde\*r Arzt\*Ärztin): | | | |
| Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen: | | | |
| Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein  ja  nein  Die Gruppenleitung sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente  ja  nein | | | |
| Bei meinem / unserem Kind ist auf Folgendes zu achten (Einschränkungen etc.): | | | |
| Es dürfen vor Ort von behandelnden Sanitätskräften folgende Maßnahmen durchgeführt werden:  - Entfernen von Splittern, Zecken und Insektenstacheln  ja  nein  - Auftragen von Salben und Wunddesinfektion  ja  nein  - Blutzuckermessungen  ja  nein | | | |
| Krankenkasse | Kassennummer | | Versichertennummer |
|  |  | |  |
| Versichert über | Status | | Versichertenkarte gültig bis |
|  |  | |  |

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Funktion |
|  |  |  |
|  |  |  |

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf / dürfen nur die Erziehungs-/ Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Telefon | Mobil |
|  |  |  |
| Straße, Nr. | | PLZ, Ort |
|  | |  |
| Name, Vorname | Telefon | Mobil |
|  |  |  |
| Straße, Nr. | | PLZ, Ort |
|  | |  |

Im Falle der Unterschrift nur eines\*einer Erziehungs-/ Sorgeberechtigten versichert diese\*r an Eides statt, dass der\*die andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls diesem zustimmt. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

Krankenversicherungskarte (falls vorhanden) und Impfausweis werden mitgeführt.

Ich stimme zu, dass die angegebenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung des BdP LV Hessen e.V. (nachzulesen auf <https://hessenwiki.de/confluence/pages/viewpage.action?pageId=131301441>) behandelt werden dürfen.

\_\_

Ort, Datum Ort, Datum

\_ \_\_\_

Unterschrift der\*des Erziehungs-/Sorgeberechtigten Unterschrift der\*des Erziehungs-/Sorgeberechtigten