

# Gesundheitsbogen FarbenmEEHr 2020



Diesen Bogen bitte ausfüllen, unterschreiben und den Gruppenleitungen mitgeben. (Auf Wunsch in einem verschlossenen, mit Namen beschrifteten Umschlag).

Name, Vorname (+ggf. Fahrtenname)

Verband/UL/Stamm/Sippe

Geburtsdatum

Wohnanschrift

**Hinweis:**

Bitte sorgen Sie dafür, dass ihr Kind nach den aktuellen Impfeempfehlungen der STIKO geimpft ist. Wenn Sie sich unsicher sind, halten Sie Rücksprache mit Ihrem Kinder-/Hausarzt. Bitte fügen Sie diesem Bogen in jedem Fall eine Kopie des Impfausweises bei.

Datum der letzten Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

mein Kind wurde innerhalb der letzten 5 Jahre gegen Tetanus geimpft

die letzte Tetanusimpfung meines Kindes ist mehr als 5 Jahre her.

Mein Kind darf auf ärztlichen Rat eine Auffrischimpfung erhalten.

**Bekannte Erkrankungen (z.B. Allergien, Asthma, Epilepsie...):**

**Mein Kind bekommt als Bedarfs-/Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:**

Sollte bei meinem Kind eine Infektionskrankheit nach §34 Abs.5 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes oder der Verdacht darauf bestehen, werde ich die Gruppenleitungen umgehend darüber informieren.

Belehrungsbogen des Robert-Koch-Institutes zum §34 Infektionsschutzgesetz:

[Infektionsschutzgesetz](#)

[Infektionsschutzgesetz in weiteren Sprachen](#)

**Krankenversicherung:**

**Krankenkasse**

**Versichertennummer**

**Versichert über**

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls darf folgende auf dem Ringel-  
ager FarbenmEEHr2020 anwesende Person über Behandlungen entscheiden  
und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

**Name, Vorname**

**Geburtsdatum**

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls dürfen nur die Erziehungs-/  
Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische  
Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Er-  
krankungen/Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

**Name, Vorname**

**Telefon**

**Mobil**

**Bemerkungen**

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere  
Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls einverstanden ist. Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die persön-  
lichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden.  
Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

Krankenversicherungskarte (Original) und Impfausweis (Original oder Kopie) werden diesem Bogen beigelegt.

---

**Ort, Datum**

---

**Ort, Datum**

---

**Name, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r**

---

**Name, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r**