



## Gesundheitsbogen DPSG St. Josef Brombach

Diesen Bogen bitte ausfüllen, unterschreiben und dem Gruppenverantwortlichen mitgeben.

### Personenangaben:

Name:  Vorname:  Geb. Dat.:

Anschrift:

### Gesundheitsangaben:

Datum der letzten Tetanusimpfung:

- Mein Kind wurde innerhalb der letzten 5 Jahren gegen Tetanus geimpft
- Die letzte Tetanusimpfung meines Kindes ist mehr als 5 Jahre her. Mein Kind darf eine Auffrischimpfung erhalten, wenn es medizinisch notwendig ist.
- Mein Kind hat keine ansteckenden Krankheiten  
Wir versichern als Erziehungsberechtigte, dass wir unser Kind bei einer Erkrankung nach dem Infektionsschutzgesetz (Erkrankung nach §34) nicht auf das Lager mitgeben und im Falle einer Erkrankung das Leitungsteam informieren. Wir sind uns unserer Mitwirkungspflicht gem. des Infektionsschutzgesetzes bewusst.
- Meinem Kind dürfen Zecken und Splitter entfernt werden
- Mein Kind ist gegen Zecken geimpft. Datum der letzten Impfung:

#### Hinweis:

Bitte sorgen Sie dafür, dass ihr Kind nach den aktuellen Empfehlungen gegen Tetanus geimpft ist. Wenn Sie sich unsicher sind, halten Sie Rücksprache mit Ihrem Hausarzt. Bitte fügen Sie diesem Bogen in jedem Fall den Impfausweis (oder Kopie) bei.

### Bekannte Erkrankungen / Allergien:

z.B. Asthma, Heuschnupfen, Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Epilepsie, Diabetes, lose Zahnsperre, Medikamentenunverträglichkeiten usw.

### Folgende Einschränkungen, Verbote, Besonderheiten sind zu beachten:

### Mein Kind bekommt als Bedarfs-/Dauermedikation folgende Medikamente

Nimmt die Medikamente selbstständig  Benötigt Hilfe bei der Einnahme

## Krankenversicherung:

Name und Art der Krankenversicherung des Teilnehmers:

Name und Geburtsdatum des Elternteils, bei dem der Teilnehmer krankenversichert ist:

## Sonstige Angaben:

- Ist Vegetarier  Ja /  Nein
- Ist  Schwimmer /  Nichtschwimmer
- Darf Boot fahren  Ja /  Nein

Die Erziehungs-/Sorgeberechtigten sind während der Aktion wie folgt zu erreichen:

Vorname/Name: _____	Vorname/Name: _____
Telefon Nr.: _____	Telefon Nr.: _____
Handy Nr.: _____	Handy Nr.: _____
Sonstiges: _____	

## Bemerkungen:

- Sollte während der Freizeit ein dringend notwendiger medizinischer Eingriff vorgenommen werden müssen, so erteile ich/erteilen wir hiermit dem behandelnden Arzt die erforderliche Genehmigung. Ich erwarte/wir erwarten von den Leitern, dass sie mich/uns hierüber unverzüglich benachrichtigen.

- Die personenbezogenen Daten dürfen zu Zwecken der Behandlung an den Arzt, Krankenhaus, Versicherung usw. weitergeben werden.

-Die Kosten für medizinische Hilfe und Behandlung, sowie die daraus entstehenden Kosten z.B. für Transport, Verbandsstoffe, die von der Versicherung nicht übernommen werden, in voller Höhe von den Eltern getragen werden müssen.

- Die Gesundheitsangaben dieses Gesundheitsbogen werden im Leitungsteam (Lagerleitung, Tagesleitung, Gruppenleitung evtl. Küchenteam bei Lebensmittelallergien) der Aktion vertraulich behandelt und nach der Aktion vernichtet. Außer für die oben aufgeführten Gründe werden die Daten nicht an Dritte herausgegeben.

## Bestätigung / Unterschrift:

Die oben gemachten Angaben sind richtig und vollständig. Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/Sorgeberechtigten versichert dieser an Eidesstatt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort / Datum:

Unterschriften aller Erziehungsberechtigten  
(bei allen Minderjährigen unter 18 Jahre erforderlich)