

GESUNDHEITSBOGEN

DPSG Stamm Gandalf



Angaben Teilnehmer:in

Vor- und Nachname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Angaben Erziehungsberechtigte:r

Vor- und Nachname

Krankenkasse des Kindes

Versicherungsnummer

Notfall-Kontaktperson (24h erreichbar)

Vom

Bis

Vom

Bis

Heimatadresse

Ferienadresse

Straße und Hausnummer

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

PLZ und Wohnort

Telefonnummer

Handynummer

Einverständniserklärung(en)

Schwimmen

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass mein Kind (unter Aufsicht) schwimmen darf.

☐

Ja

☐

in Bädern

☐

Nichtschwimmer:in

☐

Nein

☐

im See

☐

Anfänger:in

☐

im Meer / Fluss

☐

Schwimmer:in



Aufsicht

Mein Kind darf an Einzelunternehmungen, ohne Begleitung von Leiter:innen, aber in Gruppen zu mindestens **3 Teilnehmer:innen** teilnehmen.

☐

Ja

☐

Nein

Sonstige Sportarten / Aktivitäten

Ich erlaube meinem Kind, an Veranstaltungen wie z.B. Radtouren, Kanufahrten, Segeln, etc. teilzunehmen.

☐

Ja

☐

Nein

An folgenden anderen Sportarten / Aktivitäten darf mein Kind nicht oder nur eingeschränkt teilnehmen:





Angaben zur Gesundheit

Zurzeit bestehende Krankheiten

Bekannte Allergien

Bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten

Medikamente

auf die Einnahme folgender Medikamente ist zu achten:

<div></div>	<div></div>
Medikament	Dosierung / Darchungsform
<div></div>	<div></div> Selbsteinnahme <div></div> Verabreichung durch Leitende
Einnahmezeitpunkt(e)	
<div></div>	
Aufbewahrung	

<div></div>	<div></div>
Medikament	Dosierung / Darchungsform
<div></div>	<div></div> Selbsteinnahme <div></div> Verabreichung durch Leitende
Einnahmezeitpunkt(e)	
<div></div>	
Aufbewahrung	

<div></div>	<div></div>
Medikament	Dosierung / Darchungsform
<div></div>	<div></div> Selbsteinnahme <div></div> Verabreichung durch Leitende
Einnahmezeitpunkt(e)	
<div></div>	
Aufbewahrung	

Alle Medikamentenverpackungen müssen mit dem Namen des Kindes beschriftet werden!





Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind die oben genannten Medikamente während der Fahrt von den Leiter:innen verabreicht bekommt.

☐

Ja

☐

Nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Leiter:innen bei dem Fall eines Zeckenbisses bei meinem Kind diese entfernen und die Bissstelle anschließend desinfizieren dürfen.

☐

Ja

☐

Nein

Hiermit gebe ich den verantwortlichen Leiter:innen die Erlaubnis, im Notfall einem Arzt Behandlungs- und Operationserlaubnis zu erteilen, wenn dieser dies für erforderlich hält.

☐

Ja

☐

Nein

Hausarzt

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Telefonnummer

PLZ und Wohnort

Ihre hier gemachten Angaben werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt und sind nur den verantwortlichen Leiter:innen während der Fahrt zugänglich.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie ihr Einverständnis, dass wir Ihre Kontaktdaten in diesem Zeitraum speichern.

Die Richtigkeit, der auf den vorherigen Seiten gemachten Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Bitte geben Sie den Gesundheitsbogen sowie die Versichertenkarte, eine KOPIE des Impfausweises (und bei Auslandsreisen einen Identitätsnachweis – Personalausweis, Reisepass) sowie die mit Namen des Kindes in Originalverpackung (Mit Beipackzettel!) beschrifteten Medikamente bei den Leitenden ab.

Bei Fragen stehen Ihnen jederzeit die Stufenleiter:innen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
und Gut Pfad!

Eure Leitendenrunde

