

Notfallinformationsblatt für Lagerteilnehmende

Aktives Lagerleben bedeutet manchmal auch Bobo, Pflästerli, Halsweh, etc. Die Angaben auf diesem Blatt sollen uns helfen, bei allfälligen Vorfällen während dem Lager richtig reagieren zu können. Dieses Dokument unterliegt der Geheimhaltung, wird von der Stufenleitung für die Lagersaison 2020 verwahrt und wird nur der Stufenleitung zugänglich sein.

Falls sich etwas nach dem Pfingstlager ändern sollte (Operation, Allergie, Krankheit, Versicherung, ...), liegt es an Ihnen uns über die Änderungen zu informieren. Bei Fragen zögern Sie nicht, die Stufenleitung kontaktieren.

Bitte senden Sie diesen Notfallzettel zusammen mit einer **Kopie des Impfausweises** an pfadistufe@pfadi-altberg.ch oder wolfstufe@pfadi-altberg.ch je nach Lager.

Kontaktadresse für Notfälle während dem Pfadilager

Name / Bezeichnung:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Land:

Mobiltelefon:

Versicherung

Krankenkasse (Name und Versicherungsnummer):

Unfallversicherung (Name und Versicherungsnummer):

Hausarzt

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

Telefon Praxis:

Fragen zur Person

Name:

Vorname:

Gewicht:

Schwimmer:

Grösse:

Fortgeschritten (müheles 250m, 5Längen)

Vegetarier: Ja Nein

Mittel (müheles 50m, eine Länge)

Sonstiges (z.B.: Moslem, Veganer, Frutarier)

Anfänger (kann sich über Wasser halten)

nicht Schwimmer (kann nicht schwimmen)

Impfungen:

Kopie Impfbüchlein beilegen.

BITTE WENDEN →→→

Krankheiten:		Datum:
Bisherige Kinderkrankheiten (Scharlach, Masern, Röteln, Windpocken, Mumps, Keuchhusten, Pseudo-Krupp/Epiglottitis):		
<input type="checkbox"/> sonst gesund <input type="checkbox"/> Grunderkrankungen (wie z.B. Epilepsie oder ähnliches und auch anderes):		
Bisherige Operationen oder Unfälle :		Datum:
Allergien (Medikamente, Nahrungsmittel, Heuschnupfen, Insektenstiche, Asthma):		
<input type="checkbox"/> keine Allergien bekannt. <input type="checkbox"/> Allergien auf:		
Medikamenteneinnahme:		Die Medikamente werden durch das Kind selber verwaltet:
<input type="checkbox"/> zur Zeit keine Medikamente <input type="checkbox"/> Während dem Lager muss folgendes Medikament eingenommen werden: _____ seit wann: Dosierung: Begründung:		<input type="checkbox"/> Ja (Das Kind weiss selber den Zeitpunkt und die Dosis, bei nicht Einnehmen des Medikamentes oder falscher Einnahme hat dies keine schwerwiegenden Folgen) <input type="checkbox"/> Nein (Bitte kommen Sie auf uns zu, um uns zu instruieren)
<input type="checkbox"/> Im Lager dürfen meinem Kind rezeptfreie Medikamente (zB Dafalgan, sonstige Schmerzmittel) abgegeben werden. (Bei rezeptpflichtigen Medikamenten oder einem Arztbesuch werden selbstverständlich unverzüglich kontaktiert.)		<input type="checkbox"/> Ich möchte gerne vorher informiert werden, bevor mein Kind ein rezeptfreies Medikament erhält.
Angaben zur Familie:		
Kommen in der Familie der betreffenden Person vor (zutreffendes ankreuzen):		
<input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Heuschnupfen <input type="radio"/> Tuberkulose <input type="radio"/> Epilepsie <input type="radio"/> Allergien, welche: <input type="radio"/> Andere Krankheiten, welche: _____		

Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf um eine allfällige Medikamentenabgabe zu (er)klären sowie auch alle weiteren Informationen mitzuteilen, welche uns in einem Notfall nützlich sein können oder uns und Ihrem Kind unangenehme Situationen verhindern lässt.

Ort, Datum:

Unterschrift gesetzliche Vertretung des Teilnehmenden :
