



Stamm Eulen
im Bund der Pfadfinderinnen
und Pfadfinder (BdP) e.V.



Mitglieder- Gesundheitsbogen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Gruppe im Stamm Eulen
Straße & Nr.		PLZ, Ort

Krankenversicherung

Versicherung/Träger	Kennnummer des Trägers	Pers. Kennnummer des Versicherten

Eine Kopie der aktuellen Versichertenkarte liegt dem Stamm vor,
Mein Kind/Ich hat/habe die Versichertenkarte bei Lagern und Aktionen immer dabei

Letzte Impfungen (Bitte unbedingt Datum angeben):

Tetanus (Wundstarrkrampf):

Ich bin damit einverstanden, dass ein Arzt bei Notwendigkeit die Impfung auffrischen darf.

Ja Nein

Zecken (FSME): (Datum der letzten Impfung)

Ich bin damit einverstanden, dass Zecken bei meinem Kind entfernt werden dürfen. Ja Nein

Besonderheiten (wenn nötig auf einem gesonderten Blatt festhalten)

Allergien (Heuschnupfen, Insektenstiche, Medikamente etc.): Nein Ja Welche?

Chronische Erkrankungen (Asthma, Diabetes...) Nein Ja Welche?

Beeinträchtigungen & Behinderungen: Nein Ja Welche?

Was ist zu berücksichtigen?

Wo besteht Unterstützungsbedarf?

Bekannte, relevante Vorerkrankungen/Operationen (auch psychischer Art)

Reisekrankheit: Nein Ja



Stamm Eulen

im Bund der Pfadfinderinnen
und Pfadfinder (BdP) e.V.



Sportverletzungen, orthopädische Beschwerden? Nein Ja Welche?

Religiöse Besonderheiten: Nein Ja Welche?

Ernährung

Keine Besonderheiten	<input type="radio"/>	Vegetarier*in	<input type="radio"/>
Veganer*in	<input type="radio"/>	Laktoseintoleranz	<input type="radio"/>
kein Schweinefleisch	<input type="radio"/>	Glutenunverträglichkeit	<input type="radio"/>
Allergien:		Sonstiges: (Bitte erläutern)	

Medikamentenhinweis

Meine Tochter / mein Sohn nimmt **keine** Medikamente ein

Meine Tochter / mein Sohn nimmt aufgrund ärztlicher Verordnung folgende Medikamente ein:

Name des Medikaments	Dosierung	Hilfe JA	Hilfe NEIN	Bedarfs- medikatio n

Bei mitgebrachten Medikamenten/Heilmittel, die hier nicht aufgeführt sind, gehen wir von der elterlichen Erlaubnis der selbstständigen Einnahme/Anwendung aus und übernehmen keine Verantwortung.

Gegen die Einnahme folgender Medikamente bestehen **keine Einwände**:

(Nicht Zutreffendes bitte streichen)

Wunddesinfektion (Octenisept, Bepanthen Wund- und Heilsalbe, Betaisadonna, Jodsalbe),
Mückenschutzmittel (Antibrumm), bei Stichen (Fenistil) Hustensaft (z.B Bronchipret), Arnika-
/Voltarensalbe, Schmerzmittel (Ibuprofen 200mg, Nurofen), Iberogast, Pflaster, Weitere:

Schwimm- und Badeerlaubnis

Mein Kind ist:	Nichtschwimmer*in <input type="radio"/>	Schwimmer*in <input type="radio"/>
Mein Kind kann eigenständig, ohne Hilfsmittel und sicher schwimmen		Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Mein Kind darf altersgerecht betreut auf Pfadfinderaktionen schwimmen		<input type="radio"/>
Falls nein: Mein Kind darf unter Aufsicht im brusthohen Wasser sein		<input type="radio"/>



Stamm Eulen
im Bund der Pfadfinderinnen
und Pfadfinder (BdP) e.V.



Kontakt(e) für Notfälle

<u>Name, Vorname</u>	<u>Telefon</u>	<u>Mobil</u>

Wichtig:

Mindestens eine der o.g Kontaktpersonen muss für das Kind sorgeberechtigt und **ständig** erreichbar sein.

Wir erklären uns weiterhin bereit, unser Kind bei ansteckender Krankheit, Selbst-/Fremdgefährdung und groben Regelverstößen umgehend von Lagern und Aktionen abzuholen. Sollte dies nicht geschehen, sind die verantwortlichen Führungskräfte berechtigt, das Kind auf Kosten der Erziehungsberechtigten nach Hause zuschicken.

Eine Teilnahme an Lagern und Aktionen kann vom Vorliegen des vollständig ausgefüllten Mitglieder-Gesundheitsbogens abhängig gemacht werden. Der Stamm Eulen e.V. und seine Beauftragten haften nicht für Schäden jedweder Art aus unvollständigen oder nicht zutreffenden Angaben oder aus dem Nichtvorliegen eines Mitglieder-Gesundheitsbogens.

Alle Änderungen bitte sofort schriftlich auf einem neuen Bogen mitteilen und diesen als Aktualisierung kenntlich machen. Mündliche Informationen haben keine Gültigkeit.

Sonstige wichtige Informationen/Ergänzungen:

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/ Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist. 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!

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Vorname Nachname Sorgeberechtigte*r in Blockschrift

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Vorname Nachname Sorgeberechtigte*r in Blockschrift