



# Anmeldung und Gesundheitsblatt

Die Angaben auf diesem Blatt helfen der Lagerleitung, während des Lagers richtig zu reagieren. Das Infoblatt wird nach dem Lager wieder zurückgegeben oder vernichtet. Achtung: Die Versicherung ist Sache des Teilnehmers. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selber verantwortlich.

## Personalien TeilnehmerIn

Nachname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	PLZ / Ort:	<input type="text"/>
Tel. Festnetz:	<input type="text"/>	Handy TN:	<input type="text"/>
Geburtstag:	<input type="text"/>		
Eltern:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

## Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers

Nachname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	PLZ / Ort:	<input type="text"/>
Tel. Festnetz:	<input type="text"/>	Handy Eltern:	<input type="text"/>

## Hausarzt

Nachname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	PLZ / Ort:	<input type="text"/>
Tel. Festnetz:	<input type="text"/>		

## Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft

Private Versicherung (Name der Gesellschaft und Versicherungsnummer)

Krankenkasse:	<input type="text"/>	Versichertennr:	<input type="text"/>
Unfallversicheru.:	<input type="text"/>	Versichertennr:	<input type="text"/>

## Informationen zur Teilnehmerin / zum Teilnehmer

Kann die teilnehmende Person schwimmen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sollen regelmässig benötigte Medikamente (siehe Rückseite) durch die Lagerleitung / den Lagersanitäter verabreicht werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mein Kind hat rezeptfreie Medikamente dabei (z.B. Schmerzmittel), welche im Bedarfsfall durch die Lagerleitung / den Lagersanitäter verabreicht werden dürfen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Meinem Kind dürfen Medikamente nur nach telefonischer Rücksprache oder ärztlicher Konsultation verabreicht werden :	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

# Gesundheitszustand

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift):

Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten / Unfälle, Operationen):

Allergien (Besondere Hinweise an die Küche wie z.B. Zöliakie):

Letzte Tetanus-Impfung:

Ort, Datum:

Unterschrift der Eltern: \_\_\_\_\_

---

## Rückmeldungen der Lagersanität (wird von der Lagersanität ausgefüllt)

### Krankheit im Lager

---

---

**Zeckenbissinfo:** Angaben zu den genauen Bissorten am Körper. Falls die markierte Stelle am Körper des Patienten nach einer Woche noch gerötet ist oder ein geröteter Kreis um den Biss entstehen sollte, gehen Sie bitte unverzüglich zum Arzt.

Datum	Ort Zeckenbiss	Vollständig entfernt

