

Notfallblatt HeLa 2018



Pfadiname:

Vorname:

Nachname:

Aufenthaltort der Eltern oder einer anderen Ansprechperson während des Lagers:

Name, Vorname: Land:

Adresse: Tel.-Nr.:

PLZ/Ort: Nat.-Nr.:

Angaben zum Kind: Bemerkungen: (z.B. Bettnässer, Rückenprobleme, starkes Heimweh, etc.)

Geburtsdatum:

Private Versicherung (Name der Gesellschaft und Versicherungsnummer)

Krankenkasse:

Rega Gönner?

Ja: Gönner Nr:

Nein

Hausarzt: (Name, Adresse, Tel.-Nr.)

.....

..... Durchgemachte Krankheiten:

..... Scharlach

..... Mumpf

..... Wilde Blattern

..... Keuchhusten

..... Masern

.....

..... Regelmässig einzunehmende Medikamente:

..... (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmevorschrift)

.....

..... Allergien:

.....

Dadurch empfindlich auf: Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden:

..... Ja

..... Nein

..... Schwimmkenntnis:

..... Nichtschwimmer

..... Anfänger (ev. Schwimmhilfen benötigt)

..... Fortgeschritten (bis 300m)

..... Könnner (bis 1000m)

Allgemeine Abgabe von Medikamenten aus der Lagerapotheke durch die Lagerleitung (bitte ankreuzen)

Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbständig verabreichen.

Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer ohne Rücksprache **keine** rezeptfreien Medikamente verabreichen. Ich bin / wir sind erreichbar unter der Nummer:

Dies ist meine **Einwilligung an die Leitung**, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.

Die Angaben auf diesem Informationsblatt dienen der Lagerleitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während des Lagers. Die Lagerleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Das Informationsblatt wird nach dem Lager vernichtet.

Achtung: Die Teilnehmenden sind durch die Pfadi nicht gegen Unfall und Krankheit versichert; die Pfadi lehnt jede Haftung ab. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

Bitte **eine Kopie des Impfausweises** beilegen.

Datum, Unterschrift der Eltern:

Einsenden bis 12. September 2018 an: Evian v/o Elisa Vescovi