



Deutsche Pfadfinderschaft Sankt Georg Stamm Sankt Vitus Oedt

Rechtsträger: Pfadfinderschaft Sankt Vitus, Grefrath – Oedt e.V.



Grefrath – Oedt, 18. Februar 2022

Gesundheitsbogen

Angaben des Lagerteilnehmers

Vor- und Zuname

Geb. Datum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Angaben der Eltern

Vor- und Zuname

Geb. Datum

Arbeitgeber

Krankenkasse

Hausarzt

Unser Kind hatte folgende Krankheiten

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> _____ | |

Folgende Anfälligkeiten sind bekannt

(z.B.: Asthma, Heuschnupfen, Reiseempfindlichkeit, Medikamenten-, Lebensmittel- und Pollenallergie, sonstige Allergien, Epilepsie ...)

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--|
| Brillenträger | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Kontaktlinsenträger | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Zahnspangenträger | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Übelkeit (während der Fahrt) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Bettnässer | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> in extrem seltenen Fällen <input type="checkbox"/> |

Es müssen regelmäßig folgende Medikamente eingenommen werden

(Zeitangabe, wenn erforderlich, Medikamente beim jeweiligen Leiter abgeben)

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein. | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Die Leiter sorgen für die regelmäßige Einnahme. | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

Seite 1 von 2



Deutsche Pfadfinderschaft Sankt Georg Stamm Sankt Vitus Oedt

Rechtsträger: Pfadfinderschaft Sankt Vitus, Grefrath – Oedt e.V.



Behinderungen/Beeinträchtigungen

Mein Kind hat eine Behinderung/Beeinträchtigung Nein Ja

Wenn ja, welche: _____

Folgende Schutzimpfungen wurden vorgenommen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung am: _____ | <input type="checkbox"/> Tetanus am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Masern am: _____ | <input type="checkbox"/> Diphtherie am: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Keuchhusten am: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Hepatitis B am: _____ |

In der Umgebung meiner Tochter/meines Sohnes ist in den letzten acht Wochen folgende Infektionskrankheit aufgetreten: _____

Impfpass bitte vor Antritt der Fahrt abgeben, ggf. eine Fotokopie!

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, den Leitern mitzuteilen, falls sechs Wochen vor Beginn der Fahrt in der Umgebung meines Kindes Infektionskrankheiten aufgetreten sind.

Schwimmen

Wir erklären uns einverstanden, dass unser Kind am Schwimmen teilnehmen darf:

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Bäder | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Offene Gewässer | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Unser/Mein Kind ist Schwimmer | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
-

Sport

An folgenden Sportarten darf unser Kind nicht teilnehmen: _____

Sonstiges: _____

Sonstige Besonderheiten (Vegetarier, ...):

Während des Lagers ist unsere/meine Adresse wie folgt:

Zuhause vom _____ bis _____

Urlaub vom _____ bis _____

Ort und Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Seite 2 von 2