



Deutsche Pfadfinderschaft Sankt Georg Stamm Sankt Vitus Oedt

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



Grefrath – Oedt, 9. November 2024

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 ...)

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|--|
| Brillen Träger | 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"/> |
| Vegetarier | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Bettlässer | 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"/> |



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"/> Zecken (FSME) am: _____ | <input type="checkbox"/> Keuchhusten am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B am: _____ | <input type="checkbox"/> Covid 19 am: _____ |

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

**Impfpass bitte vor Antritt der Fahrt per Mail an anmeldung@vitusscout.de
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"/> |
| Mein Kind ist Schwimmer | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
-

Sport

An folgenden Sportarten darf unser Kind nicht teilnehmen: _____
Sonstiges: _____

Während des Lagers ist unsere (meine) Adresse wie folgt

Heimatadresse:	Ferienadresse
Vom _____ bis _____	Vom _____ bis _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ort und Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten