



Gesundheitsfragebogen

LagerteilnehmerIn	
Vor- und Nachname: <input type="text"/>	SV-Nr.: <input type="text"/>
Adresse: <input type="text"/>	Krankenkasse: <input type="text"/>
mitversichert bei: <input type="text"/>	SV-Nr.: <input type="text"/>
	Krankenkasse: <input type="text"/>

Im Notfall zu verständigen	
Name: <input type="text"/>	Telefon 1: <input type="text"/>
Adresse: <input type="text"/>	Telefon 2: <input type="text"/>

LagerteilnehmerIn kann schwimmen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Erhaltene Impfungen
Tetanus <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wann <input type="text"/>
FSME <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wann <input type="text"/>
Allergien / Unverträglichkeiten / Krankheiten
Allergien <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja welche: <input type="text"/>
Lebensmittel <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja welche: <input type="text"/>
Chronische Krankheiten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja welche: <input type="text"/>
Medikamente
Medikamente <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja welche: <input type="text"/>
erforderlich
Besonders zu achten auf
<input type="text"/>

Ich bestätige, dass ich / (bei minderjährigen Lagerteilnehmern) mein Kind alle nach meinem / seiner Mutter-Kind-Pass empfohlenen Impfungen erhalten und den Impfschutz aufrecht erhalten habe / hat. Mir ist bekannt, dass im Lageralltag diese Impfungen, insbesondere gegen Tetanus, erforderlich sind. Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass aufgrund des vorwiegenden Aufenthalts im Freien ein FSME-Impfschutz zweckmäßig ist.

Ich erteile hiermit meine Zustimmung, dass ich / mein Kind als LagerteilnehmerIn im Fall einer Erkrankung oder eines Unfalls jede ärztliche Untersuchung und Heilbehandlung erhalte / erhält, die nach dem Stand der Medizin und Wissenschaft geboten ist. Dies umfasst auch einen stationären Aufenthalt, diagnostische und operative Maßnahmen, Anästhesien, die Verabreichung von Heilmitteln und die Entnahme / Infusion von Blut.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehend gemachten Angaben. Die **e-card** übergebe ich vor Lagerbeginn dem jeweiligen Stufenleiter.

Ort, Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift