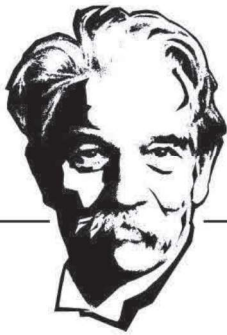


VCP
STAMM



REMAGEN
ALBERT SCHWEITZER



NOTFALLBOGEN für ALLE Aktionen des Stammes Albert Schweitzer Remagen

Mein Kind _____, geboren am __.__.____ darf folgende Medikamente im Ernstfall von der Lagerleitung bzw. Gruppenleitung erhalten:

	Medikament	Ja	Nein
Desinfektionssalbe	Tyrosur		
Desinfektionsspray	Octenisept		
Heilsalbe	Bepanthen		
Schmerzgel	Voltaren		
Insektenstiche	Fenistil		
Durchfall	Oralpädon		
Fieber	Grippostad		
Schmerzen → für Kinder ab 6 Jahren	Ibuprofen (500 mg)		
→ für Kinder ab 6 Jahren	Paracetamol (500 mg)		
→ für Kinder ab 12 Jahren	Aspirin (500 mg)		
Halschmerzen	Gelorevoice		
Ein Gruppenleiter des gleichen Geschlechtes darf Zecken entfernen	/		

(Durch das ankreuzen mit **Ja bestätige** ich, dass mein Kind im NOTFALL dieses Medikament erhalten darf; durch ankreuzen von **Nein verweigere** ich dies.)

- Ich wünsche, dass vor Medikamentengabe folgender Medikamente mit mir Rücksprache gehalten wird.

- Mein Kind darf einem Arzt vorgestellt werden.

Nach Rücksprache mit mir / auch ohne Rücksprache mit mir darf es notfalls operiert werden.

(NICHT zutreffendes bitte streichen)

*Ich bin / Wir sind** damit einverstanden, dass ärztliche Maßnahmen, wie lebensrettende Schutzimpfungen oder Operationen, die von einem hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich gehalten werden, an *meinem/ unserem** Kind vorgenommen werden dürfen

Ich bin im Notfall ständig unter dieser Nummer erreichbar: _____

Ich habe den Notfallbogen sorgfältig gelesen und ausgefüllt und bestätige mit meiner Unterschrift seine Gültigkeit bis zum auf der Stammesmeldung vermerkten Zeitpunkt.

Danach wird dieser ordnungsgemäß vernichtet.

Ich gebe meinem Kind die Krankenkarte und den Impfausweis bzw. eine Kopie des Impfausweises zu jedem Lager/Aktion mit.

Ort, Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten



Gesundheitsbogen

für die Teilnahme am Lager

Datenschutzhinweis:

Dieser Bogen dient nur zur Information der Ärzte und wird anschließend vernichtet. Er kann zur Wahrung der Diskretion in einem verschlossenen Umschlag zurückgesandt werden!

Teilnehmerin/Teilnehmer

Bitte deutlich und in Druckbuchstaben ausfüllen!

..... (Krankenkasse)	..... (Ort der zuständigen Geschäftsstelle)	..... (Hauptversicherter)	..... (Geb. Hauptversicherter)
..... (Nachname)	..... (Vorname)	..... (Geburtsdatum)	
..... (Straße)	..... (PLZ, Ort)	..... (Telefonnummer mit Vorwahl)	
..... (Name des behandelnden Hausarzt)	..... (Ort des Arztes)	..... (Telefonnummer des Arztes)	

Eltern/Erziehungsberechtigte

..... (Nachname)	..... (Vorname)	
Angabe der Adresse, wenn sie von der des Teilnehmenden abweicht, bzw. Ferienadresse der Eltern:		
..... (Straße)	..... (PLZ, Ort)	..... (Telefonnummer mit Vorwahl)
..... (Mobilnummer)	..... (2. Telefonnummer)	..... (e-Mail-Adresse)

Impfungen

Tetanus:	[] Ja, am	[] Nein	Masern/Mumps/Röteln:	[] Ja	[] Nein
Polio:	[] Ja, am	[] Nein	Hepatitis B:	[] Ja	[] Nein
Diphtherie:	[] Ja, am	[] Nein	Sonstige:	.....

Besonderheiten

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Grund für die Einnahme, Präparate, Dosierung, etc.):

.....
.....

Allergien (z.B. Arzneimittelallergie, Pflasterallergie, Jodallergie, Nahrungsmittelunverträglichkeit, etc.):

.....

Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, etc.):

.....
.....

Bestätigung

.....

(Unterschrift des Teilnehmers/ der Teilnehmerin bzw. des/der Erziehungsberechtigten)

Bitte unbedingt zum **Lager** mitbringen:
- Kopie des Impfausweises
- Krankenkassenkarte
- Unfallhilfe-/Blutgruppenpass (falls vorhanden)