



Stamm Wilhelm Busch

Großfahrt Slowenien

- Gesundheitsfragebogen -



vollständiger Name	Geburtsdatum	Gruppe
Vorhandene Schutzimpfungen (bitte mit Datum angeben, Unzutreffendes streichen): Tetanus _____ / Hepatitis A _____ / Hepatitis B _____ / Diphtherie _____ / Polio/Kinderlähmung _____ / Masern _____ / Mumps _____ / Röteln _____ / FSME _____ / Keuchhusten _____ / Windpocken _____ / Tollwut _____ / SARS-CoV-2 _____ / sonstige Impfungen _____		
Bekannte Vorerkrankungen/Operationen (bitte mit Datum):		
Unser Kind/ich hatte bereits folgende Erkrankungen: <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Diphtherie		
Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten- / Lebensmittel- / sonstige Allergien, Epilepsie, etc.):		
Mein / Unser Kind befindet sich zurzeit in ärztlicher Behandlung (behandelnde*r Arzt*Ärztin):		
Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:		
Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Gruppenleitung sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bei meinem / unserem Kind ist auf Folgendes zu achten (Einschränkungen etc.):		
Es dürfen durch die Gruppenführungen folgende Maßnahmen durchgeführt werden: <input type="checkbox"/> Entfernen von Splintern, Zecken und Insektenstacheln <input type="checkbox"/> Auftragen von Wunddesinfektion und -salben		
Krankenkasse	Kassennummer	Versichertennummer

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf / dürfen nur die Erziehungs-/Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße, Nr.		PLZ, Ort

Krankenversicherungskarte (falls vorhanden) und **Impfausweis (Kopie)** werden mitgeführt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift der*des Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Unterschrift der*des Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Im Falle der Unterschrift nur eines* einer Erziehungs-/Sorgeberechtigten versichert diese*r an Eides statt, dass der*die andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls diesem zustimmt. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!