

Persönlicher Gesundheitsbogen

Muss von den Eltern oder den volljährigen Mitgliedern zu Beginn eines jeden Pfadfinderjahrs und vor dem Ferienlager ausgefüllt werden.

Dieses Datenblatt sollte sich immer in Ihrer bzw. der Nähe Ihres Kindes befinden, um es gegebenenfalls schnell zur Hand zu haben. Es wird im Bedarfsfall den Leitern bzw. dem medizinischen Personal helfen. Es ist wichtig, dass die von Ihnen erteilten Informationen vollständig, korrekt und zum Zeitpunkt der betreffenden Aktivitäten aktuell sind. Gerne können Sie auch schriftlich oder mündlich weitere Informationen für die Leiter hinzufügen, die Ihnen nützlich erscheinen.

Identität des Teilnehmers

Name: Vorname:
 Geboren am / Personenkennziffer:
 Adresse: n° : Strasse:
 PLZ: Ort:
 E-Mail : Tel. / Mobiltel:

Legen Sie bitte folgende Unterlagen bei:

- Fotokopie der nationalen und europäischen Krankenversicherungskarte
- Fotokopie des Impfscheins

Personen die in dringende Fällen benachrichtigt werden sollen:

1. Name, Adresse:
 Verwandtschaftsgrad:
 E-mail: Tel. / Handy

2. Name, Adresse:
 Verwandtschaftsgrad:
 E-mail: Tel. / Handy

Hausarzt

1. Name, Adresse:
 E-mail: Tel. / Handy

2. Name, Adresse:
 E-mail: Tel. / Handy

Vertrauliche Informationen zur Gesundheit des Teilnehmers

Kann der Teilnehmer an den geplanten Aktivitäten teilnehmen? (Sport, Ausflüge, Spiele, Schwimmen...)

Gründe für eine eventuelle Nicht-Teilnahme

Gibt es **wichtige und spezifische medizinische Angaben**, die bekannt sein müssen, um den guten Verlauf der Aktivität / des Ferienlagers zu gewährleisten? (z.B. : Herzprobleme, Epilepsie, Asthma, Diabetes, Reisekrankheit, Rheuma, Schlafwandeln, Hautleiden, motorische oder geistige Behinderung...) Geben Sie Häufigkeit und Schweregrad an, und auch, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, um dies zu vermeiden oder darauf zu reagieren.

.....

Krankheiten oder Operationen in der Vorgeschichte des Teilnehmers? (+ jeweiliges Jahr) ? (Masern, Blinddarm...)

Besteht der Impfschutz des Teilnehmers gegen **Tetanus**? JA / NEIN Datum der letzten Wiederholung:

Bestehen bekannte **Allergien** gegen gewisse Substanzen, Nahrungsmittel oder Medikamente? JA / NEIN

Wenn ja, welche?

Welches sind die Folgen?

Verfolgt er einen **Diätplan**? JA / NEIN

Wenn ja, welchen ?

Weitere Informationen über den Teilnehmer, die Sie für wichtig halten (Schlafstörungen, Bettnässen, physische oder psychische Probleme, Tragen einer Brille oder eines Hörgeräts...)

Muss der Teilnehmer **Medikamente** einnehmen? JA / NEIN

Name des Medikamentes	Dosierung	Zeit der Einnahme

Nimmt er/sie diese Medikamente selbständig ein? JA / NEIN (Wir erinnern daran, dass Medikamente nicht unter den Teilnehmern aufgeteilt werden können)

Anmerkungen

Den Leitern steht ein Erste-Hilfe-Koffer zur Verfügung. In punktuellen Situationen oder vor dem Eintreffen eines Arztes können sie in begründeten Fällen die unten aufgeführten Medikamente verabreichen: *Paracetamol, Reparil®, désinfectant (Cedium®), Fenistil®, Flamigel®.*

« Ich autorisiere den Arzt, die Entscheidungen zu treffen, die er/sie in Anbetracht des Gesundheitszustands des Kindes für dringend notwendig erachtet, selbst wenn es sich um einen chirurgischen Eingriff handelt, falls ich nicht persönlich erreichbar bin. »

Datum und Unterschrift :

Die in der medizinischen Akte enthaltenen Informationen sind vertraulich zu behandeln. Diese vertraulichen Informationen dürfen nur an einem Arzt oder an Pflegepersonal weitergegeben werden.

