

# Gesundheitsbogen

Vor- und Nachname des Teilnehmers in Druckbuchstaben

## Was ist zu tun?

- Gesundheitsbogen bitte doppelseitig/beidseitig ausdrucken
- Bogen vollständig ausfüllen
- Impfpass beilegen (Original oder Kopie)
- Krankenversichertenkarte beilegen
- bei Auslandsfahrten Pass oder Ausweis beilegen

Der Gesundheitsbogen wird bei der Abfahrt von den Leitenden eingesammelt!



Ich habe / Mein Kind hat  
folgende Krankheiten gehabt

Sind folgende Grundimmunisierungen und  
ggf. Auffrischungen erfolgt?

<input type="checkbox"/> Windpocken	am:	Diphtherie	<input type="checkbox"/> vorhanden
<input type="checkbox"/> Scharlach	am:	Tetanus	<input type="checkbox"/> vorhanden
<input type="checkbox"/> Mumps	am:	Keuchhusten	<input type="checkbox"/> vorhanden
<input type="checkbox"/> Masern	am:	H. influenzae B (HiB)	<input type="checkbox"/> vorhanden
<input type="checkbox"/> Keuchhusten	am:	Kinderlähmung (Polio)	<input type="checkbox"/> vorhanden
	am:	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> vorhanden
	am:	Pneumokokken	<input type="checkbox"/> vorhanden
	am:	Meningokokken	<input type="checkbox"/> vorhanden
	am:	Mumps/Masern/Röteln	<input type="checkbox"/> vorhanden
	am:	Windpocken	<input type="checkbox"/> vorhanden
	am:	FSME	<input type="checkbox"/> vorhanden

## Schwimmen

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass ich / mein Kind am Schwimmen unter Aufsicht teilnehmen darf.

- |                               |   |   |
|-------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> in Bädern            | <input type="checkbox"/> Schwimmer      |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> in offenen Gewässern | <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer |

## Weitere Angaben zur Gesundheit und Beachtung

Ich habe / Mein Kind hat zurzeit oder hatte in den letzten 8 Wochen folgende Krankheiten:

Ist in der Umgebung des Teilnehmers in den letzten 8 Wochen irgendeine Infektionskrankheit aufgetreten? Wenn ja, welche?

Folgende Anfälligkeiten sind bekannt: (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Medikamenten-, Lebensmittel- und Pollenallergie, sonstige Allergien)

Es müssen regelmäßig folgende Medikamente eingenommen werden: **(Bitte Einnahmezeit oder Auslöser angeben; Alle Medikamente sowie Rezept, Beipackzettel und Dosieranleitung beim Gruppen- oder Lagerleiter abgeben)**

Ich bin / mein Kind ist Bettnässer. Auslöser: (z.B. Aufregung, Kälte)

Ich habe / mein Kind hat die für das Lager notwendige Gesundheit.

Folgende „Behinderungen“ sind zu beachten: (z.B. Brillenträger, Zahnregulierer, usw.)

Ich bin damit einverstanden, dass ich / mein Kind nach Absprache tagsüber kurzfristig ohne Begleitung von Leitern, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmern ausgehen darf.

An folgenden Sportarten / Aktivitäten darf ich / mein Kind nicht oder nur eingeschränkt teilnehmen:

Sonstiges zur Beachtung ist:

Ich bin damit einverstanden, dass ich / mein Kind bei Schmerzen Ibuprofen, bei Insektenstichen Fenistil, und bei Sportverletzungen Voltaren oder vergleichbare Medikamente in angemessener Dosierung von den Leitenden erhält.

Ich bin damit einverstanden, dass mir / meinem Kind Splitter und Zecken von Leitenden entfernt werden dürfen.

**Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige ich/bestätigen wir, den Gesundheitsbogen wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des vollj. Teilnehmers/der Erziehungsberechtigten

