

Diese Seite bei einem Leiter abgeben!

deutsche pfadfinderschaft sankt georg



»» Gesundheitskarte

Vor- und Nachname: _____

Mein Kind kann schwimmen: Ja Nein

Mein Kind ist Vegetarier: Ja Nein

Mein Kind hat folgende Allergie (Insektenstichallergie, Lebensmittelallergie, Medikamentenallergie o.ä.):

Ich bin damit einverstanden, dass ein Leiter meinem Kind Zecken entfernt (ggf. wenden wir uns an einen Arzt):

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ein Leiter meinem Kind verschreibungsfreie Medikamente, wie z.B. gegen Kopfschmerzen geben darf:

Ja Nein

Mein Kind hat folgende Krankheiten und muss deshalb regelmäßig/bei Bedarf Medikamente einnehmen:

Ich bin damit einverstanden, dass die Lagerleitung bzw. die zuständige Gruppenleitung über den gesundheitlichen Zustand meines Kindes informiert wird für den Fall, dass weder ich noch eine andere Kontaktperson erreichbar sind. Die Ärzte sind damit für diesen Zeitraum gegenüber der Lagerleitung / der Gruppenleitung von ihrer Schweigepflicht entbunden.

Ja Nein

Änderungen des Gesundheitszustandes (chronische Krankheiten, Allergien etc.) meines Kindes melde ich unverzüglich.
Bei Allergien und Krankheiten (Notfall-/Medikamente) spreche ich die Leitung an.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und erkläre mich mit den Bedingungen einverstanden.

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

