

## Personalien

Pfadiname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

## Elternadresse während des Lagers

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort/Land: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Versicherungen

*Die Teilnehmenden sind durch die Pfadi nicht gegen Unfall und Krankheit versichert; die Pfadi lehnt jede Haftung ab. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.*

### Krankenkasse

Name: \_\_\_\_\_

Police-Nr.: \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Gesundheitszustand

### Allergien/Krankheiten :

\_\_\_\_\_

Einzunehmende **Medikamente** (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift)

NEIN

JA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

durch Lagerleitung verabreichen / kontrollieren

geschieht selbstständig

Allgemeine Abgabe von Medikamenten aus der Lagerapotheke durch die Lagerleitung:

Das Leitungsteam darf der/dem Teilnehmenden unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbstständig verabreichen.

Das Leitungsteam darf der/dem Teilnehmenden ohne Rücksprache keine rezeptfreien Medikamente verabreichen. Ich bin/ wir sind erreichbar unter der Nummer: \_\_\_\_\_

## Allgemeines

Wie gut kann die/ der Teilnehmende schwimmen?

Anfänger

Fortgeschritten (bis 300 m)

Können (bis 1km)

Muss der Leiter noch etwas wissen (Heimweh, Schlafwandeln, Bettnässen... ) ?

\_\_\_\_\_

*Dies ist die Einwilligung an die Lagerleitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.*

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern