

# Medizinisches Informationsblatt

Dieses Informationsblatt muss jedes Mitglied - leserlich ausgefüllt und unterschrieben – am Beginn des Pfadijahres bei seinem/ihrer zuständigen Leiter\*in abgeben. Diese Daten werden streng vertraulich behandelt und nur im Notfall an medizinisches Personal übergeben, um eine rasche Versorgung zu erleichtern. Es erfolgt keine zentrale Speicherung, das medizinische Datenblatt wird nach dem Ausscheiden aus der Pfadfindergruppe vernichtet/ gelöscht.

Ich erkläre mich, nach vorheriger Rücksprache mit der Notfallkontaktperson, mit notwendigen medizinischen oder therapeutischen

Daten des Kindes/ Jugendlichen	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Versicherung; Vers.-Nr.	
Mitversichert bei (Name; Vers.-Nr., Anstalt)	
Diäten, Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Vegetarier*in <input type="checkbox"/> Veganer*in <input type="checkbox"/> laktosefrei <input type="checkbox"/> histaminfrei <input type="checkbox"/> glutenfrei <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Allergien (z.B. Insektenstiche, ...)	
Medikamente (inkl. Einnahmezeit und -dosis!)	
Schwimmer*in	<input type="checkbox"/> geübt <input type="checkbox"/> ungeübt <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer*in
Chronische Krankheiten	
Relevante Operationen	
Impfungen	<input type="checkbox"/> FSME Datum: <input type="checkbox"/> Diphtherie/Tetanus Datum:
Sonstige Informationen	
Notfallkontakt	
Nachname	
Vorname	
Adresse	
Telefon	

Maßnahmen einverstanden und bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Ich bestätige auch, dass mein Kind im Bedarfsfall von den Leiter\*innen rezeptfreie Arzneimittel (wie Desinfektionsmittel bei kleinen Wunden, Kohletabletten, etc.) erhalten darf. Mit der Anmeldung meines Kindes erkläre ich mich bereit, mein Kind, falls es erkrankt oder andere Gründe eine weitere Teilnahme an der Heimstunde unmöglich machen, nach telefonischer Rücksprache, abzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten