

Notfallblatt (Jungschar Robi)

Liebe Eltern,

Wir hoffen auf ein tolles, unfallfreies Lager. Sollte trotzdem ein Notfall eintreten sind wir auf folgende Angaben angewiesen, damit wir möglichst schnell Massnahmen ergreifen und Angehörige benachrichtigen können. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Bitte vollständig und korrekt ausfüllen! Vielen Dank

Personalien Teilnehmer/in

Vorname & Name _____

JS-Name _____ Geb.-Datum _____

Strasse _____

PLZ & Ort _____

Kontaktperson während des Lagers

Vorname & Name _____

Beziehung zum Kind Eltern, Andere: _____

Strasse _____

PLZ & Ort _____

Telefon _____ Natel _____

Der Versicherungsschutz für Unfall, Krankheit und Haftpflicht ist Sache der Teilnehmenden.

Unfallversicherung

Name _____

Strasse _____

PLZ & Ort _____

Versichertennr. _____

Krankenkasse

Name _____

Strasse _____

PLZ & Ort _____

Versichertennr. _____

Versicherungsklasse _____

Hausarzt

Name _____

Strasse _____

PLZ & Ort _____

Telefon _____

Gesundheitliche Beschwerden

Nein Ja: _____

Datum der letzten Starrkrampfimpfung: _____

Regagönnerschaft vorhanden nicht vorhanden

Zeckenimpfung vorhanden nicht vorhanden

Lebensmittelunverträglichkeiten (Laktose, Gluten,)

Nein Ja _____

Symptome _____

Andere Allergien

Nein Ja: _____

Symptome _____

Medikament _____ Dosis _____

Bitte die Medikamente beim Lagerstart, in einer angeschriebenen Verpackung, abgeben.

Vorgesehene Medikamenteneinnahme

Nein Ja: _____

Symptome _____

Unvorhergesehene Medikamenteneinnahme

Unsere Lagerapotheke ist nicht für Teilnehmer mit chronischen Krankheiten ausgerüstet. Die Lagerapotheke enthält bewusst nur Medikamente, die üblicherweise auch in Hausapotheken vorhanden sind. Sämtliche Medikamente sind nicht rezeptpflichtig.

Mit eurer Unterschrift geben Sie der Lagersanität die Erlaubnis, ihrem Kind bei Bedarf Medikamente abzugeben.

Nein, ich bin damit nicht einverstanden.

Das heisst: Die Abgabe von Medikamenten erfolgt nach Absprache mit der vermerkten Kontaktperson. Falls diese nicht erreichbar ist, erfolgt die Abgabe nach Rücksprache mit Medizinalpersonal (Ärzte, Apotheker, Notfalldienst...). Damit verbundene Kosten sind vom gesetzlichen Vertreter zu übernehmen.

Sonstige Anregungen und Bemerkungen (z.B. Bettnässer, häufige Kopfschmerzen,...)

Datum, Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben Name _____

Ort _____ Datum _____

Unterschrift _____