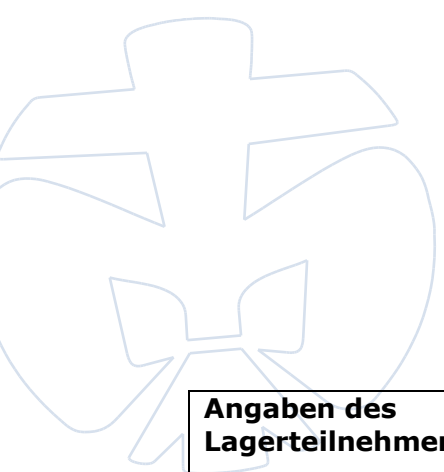


DPSG Stamm
EXODUS
 Gelsenkirchen
Gesundheitsbogen



Gelsenkirchen, 03.07.2020

Angaben des Lagerteilnehmer	Angaben des/der Erziehungsberechtigten
Vor- und Nachname	Vor- und Nachname
Geburtsdatum	Krankenkasse des Kindes
Straße und Hausnummer	Versicherungsnummer
Postleitzahl und Wohnort	

DPSG Stamm Exodus

info@dpsg-exodus.de
 www.dpsg-exodus.de

Freundes- und Förderkreis Stamm Exodus e.V.

Ahstraße 7 (keine Postadresse)
 45879 Gelsenkirchen

Vereinsregister: 12 VR 1428
 Amtsgericht Gelsenkirchen

Kontoverbindung:

Bank im Bistum Essen eG
 IBAN: DE57 3606 0295 0010 5720 10
 BIC: GENODED1BBE

Notfall-Kontaktperson (24h erreichbar) Während des Lagers ist unsere/meine Adresse wie folgt	
vom bis	vom bis
Heimatadresse	Urlaubsadresse
Straße und Hausnummer	Straße und Hausnummer
Postleitzahl und Ort	Postleitzahl und Ort
Telefon- und Handynummer	Handynummer

deutsche pfadfinderschaft sankt georg



Zutreffendes bitte ankreuzen!

Schwimmen Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter (unter Aufsicht) schwimmen darf.							
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	in Bädern	Schwimmabzeichen:		<input type="checkbox"/>	Seepferdchen
<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	im See	<input type="checkbox"/>	Bronze	<input type="checkbox"/>	Silber
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Im Meer/Fluss	<input type="checkbox"/>	Gold	<input type="checkbox"/>	Rettungsschwimmer
Meine Tochter / mein Sohn ist Nichtschwimmer.				<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Aufsicht Mein Sohn / meine Tochter darf an Einzelunternehmungen, ohne Begleitung von Leitern, aber in Gruppen zu mindestens 3 Teilnehmern teilnehmen.			
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Sonstige Sportarten/Aktivitäten Ich erlaube meinem Sohn / meiner Tochter, an Veranstaltungen wie z.B. Radtouren, Kanufahrten, Segeln, etc. teilzunehmen.			
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
An folgenden anderen Sportarten / Aktivitäten darf meine Tochter / mein Sohn nicht oder nur eingeschränkt teilnehmen			

Angaben zu Krankheit/Impfungen/Medikamenten

Die Informationen sind vertraulich und nur dem Leitungsteam zugänglich

Arzt Meine Tochter / mein Sohn hat folgenden Hausarzt: Name, Adresse, Telefonnummer

Krankheiten Mein Sohn / meine Tochter hat zurzeit folgende Krankheiten:					
War in der Umgebung eines Kindes, bei dem in den letzten 8 Wochen irgendeine Infektionskrankheit aufgetreten ist, wenn ja, welche?					
Folgende Beschwerden/ Wünsche sind bekannt: (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Medikamenten-, Lebensmittelunverträglichkeit, Allergien)					
Folgende Behinderungen / Einschränkungen sind zu beachten (z.B. Brillenträger, Zahnspangen, Schlafwandeln usw.)					
Meine Tochter / mein Sohn ist Bettnässer		<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Ernährung	
Meine Tochter / mein Sohn isst...	
Alles	
Vegetarisch	
Vegan	
Koscher	
Halal	
Sonstiges	

Medikamente				
Meine Tochter / mein Sohn nimmt folgende Medikamente regelmäßig ein:				
Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
Meine Tochter / mein Sohn nimmt folgende Medikamente nach Bedarf ein (Medikament mit Dosis):				
Meine Tochter / mein Sohn nimmt die Medikamente selbstständig.		Ja		Nein
Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind die oben genannten Medikamente während der Fahrt von einem Leiter verabreicht bekommt.		Ja		Nein

Einwilligung zur Behandlung/Operation	
Sollte ich während des Lagers nicht erreichbar sein, erteile ich hiermit den verantwortlichen Leitern die Erlaubnis, im Notfall einem Arzt Behandlungs- und Operationserlaubnis zu erteilen, wenn er dies für erforderlich hält und medizinisch notwendig ist.	
	Ja
	Nein

Informationsbogen, Impfausweis und Versichertenkarte bitte beim Leiter abgeben!

Ort, Datum

Unterschrift des Lagerteilnehmers

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten