

»» Gesundheitsbogen

Liebe Eltern,

damit wir bei medizinischen Notfällen schnell – und vor allem richtig – reagieren können, ist es wichtig, die Krankheiten unserer Kinder zu kennen. Wir bitten Euch deshalb, diesen Gesundheitsbogen vollständig ausgefüllt den Gruppenleitern Eurer Kinder mitzugeben.

Vielen Dank für Eure Mithilfe!

Angaben zum Kind

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		Telefon

Angaben zum Versicherungsträger

Versicherter (Vor- und Zuname)	Krankenkasse
Anschrift in der Zeit von Unternehmungen (z. B. Arbeit, Großeltern, ...)	Telefon (Arbeit, Großeltern, ...)
	Mobiltelefon

Wir bitten Euch, diesem Schreiben eine Kopie des Impfpasses beizulegen. Da wir sehr viel draußen unterwegs sind, achtet bitte darauf, dass Eure Kinder stets gegen Tetanus und FSME geimpft sind.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und der Bogen nach Ende der Mitgliedschaft vernichtet.

Ich bestätige die Richtigkeit der angegebenen Daten und erkläre mich hiermit einverstanden, dass im akuten Notfall notwendige Operationen, Injektionen oder sonstige medizinische oder therapeutische Maßnahmen an meinem Kind durchgeführt werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Stand

April 2024

Kontakt

Nina Gath
Moos 2
83362 Surberg

M +49 162 9859019
stavo@pfadfinder-mitterfelden.de

Leonhard Deinbeck
Salzstraße 81
83404 Ainring

M +49 179 7453688
stavo@pfadfinder-mitterfelden.de

Pfadfinderheim

Pfadfinderstamm
Christopherus Mitterfelden
Zwieselstraße 3
83404 Ainring

T +49 8654 58206
info@pfadfinder-mitterfelden.de
www.pfadfinder-mitterfelden.de



Medizinische Daten

Impfungen

				Datum der letzten Impfung	
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	JA	
Tetanus	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	JA	
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	JA	
Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	JA	
FSME	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	JA	
Hepatitis A + B	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	JA	
Meningokokken	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	JA	
SARS-CoV-2 (»Corona«)	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	JA	

Krankheiten

Allergie(n)

Asthma

Diabetes

Epilepsie

Masern Jahr:

Mumps Jahr:

Röteln Jahr:

Leichte Medikamente

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meinem Kind Salben (Mückenstiche, Brand-
salbe, ...) und leichte Medikamente (Aspirin, Magnesium, ...) gegeben werden dürfen:

JA Nein

Badeaktionen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind an beaufsichtigten Badeaktionen
teilnehmen darf:

JA Nein

Mein Kind ...

hat Besonderheiten wie Spange oder Brille,...
muss folgende Dauermedikamente einnehmen (Dosis und Zeitpunkt)
leidet an folgenden chronischen Erkrankungen (auch Knochenbrüche)
darf bei folgenden Sportarten nicht teilnehmen
darf folgende Lebensmittel nicht zu sich nehmen

