

## »» 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

Februar 2025

#### Kontakt

Pia Spörr

M +49 1517 2871775  
stavo@pfadfinder-mitterfelden.de

#### Leonhard Deinbeck

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

