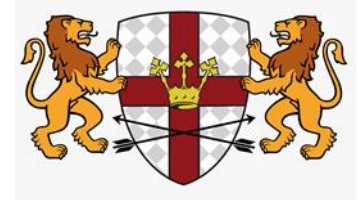




BdP

Bund der
Pfadfinderinnen
und Pfadfinder

Bund der Pfadfinderinnen & Pfadfinder e.V.
Stamm Robin Hood



Gesundheitsfragebogen

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	PLZ, Ort
Schutzimpfungen (Nichtzutreffendes bitte streichen) Tetanus, Hepatitis A, Hepatitis B, Diphtherie, Polio/Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, FSME, Keuchhusten, Windpocken, Covid19 - sonstige Impfungen	
Bekannte Vorerkrankungen/Operationen	
Unser Kind / ich hatte folgende Erkrankungen (Nichtzutreffendes bitte streichen) Windpocken, Scharlach, Mumps, Masern, Röteln, Diphtherie	
Folgende Vorerkrankungen sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Allergien, Epilepsie, etc.)	
Mein / Unser Kind wird ärztlich betreut (behandelnder Arzt, Anschrift, Telefon)	
Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:	
Das Kind nimmt die Medikamente selbst ein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Der Gruppenleiter sorgt für die regelmäßige Einnahme <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Bei dem Kind ist auf Folgendes zu achten (gesundheitliche Besonderheiten, Ernährung, etc.)	

Gewünschte Einschränkungen bei der Behandlung:		
Krankenkasse	Versichertenkarte Ja/Nein	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls darf

Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/Unfällen entscheidet der Arzt vor Ort.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls darf/dürfen nur die Erziehungs-/Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

Ich bin/Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

Name, Vorname	Telefon/Mobil	Straße und Nummer	PLZ, Ort

Im Falle einer Unterschrift nur eines Erziehungs-/Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungs-/Sorgeberechtigten