



Gesundheitsbogen (mit * markierte Felder sind verpflichtend)

<u>Allgemeines</u>		
Name, Vorname *	Geburtsdatum *	Gruppe im Stamm *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer *		PLZ und Ort *
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Schwimmfähigkeit (keine, nur brusthoch und unter Aufsicht, alles und unter Aufsicht, alles und ohne Aufsicht) *		<input type="text"/>
<u>Krankenversicherung</u>		
Versicherung / Träger *	Kennnummer des Trägers	Krankenversichertennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Eine Kopie der aktuellen Gesundheitskarte liegt dem Stamm vor. *		
<input type="checkbox"/> Mein Kind hat bzw. ich habe die Gesundheitskarte bei Lagern und Aktionen immer dabei. *		
<u>Impfungen</u>		
Tetanus (Datum) *		
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass ein Arzt bei Notwendigkeit die Impfung auffrischen darf.	<input type="text"/>	
FSME (Datum) *		
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass Zecken bei meinem Kind entfernt werden dürfen.	<input type="text"/>	
Masern (Datum) *		
<input type="text"/>		
<u>Erkrankungen</u>		
Allergien	<input type="text"/>	
Lebensmitteleinschränkungen	<input type="text"/>	
Chronische Erkrankungen	<input type="text"/>	
Beeinträchtigungen (Ggf. mit Erklärung)	<input type="text"/>	
Sportverletzungen bzw. orthopädische Beschwerden	<input type="text"/>	

Psychische Vorerkrankungen Sonstiges <input type="checkbox"/> Reisekrankheit	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
--	--

<u>Medikamente</u>			
Name	Dosierung	Hilfe nötig?	Bedarfsmedikation

☐ Gegen die Einnahme folgender Medikamente bestehen keine Einwände (Nicht Zutreffendes bitte durchstreichen): *

<ul style="list-style-type: none"> Wunddesinfektion (Octenisept, Bepanthen Wund- und Heilsalbe, Betaisodona, Jodsalbe o. Ä.) Mückenschutzmittel (Anti Brumm o. Ä.) Hustensaft (z.B Bronchipret o. Ä.) Schmerzmittel (Ibuprofen 200 mg, Nurofen o. Ä.) 	<ul style="list-style-type: none"> Arnikaalbe, Voltaren o. Ä. Iberogast Fenistil Pflaster
---	---

<u>Kontaktdaten für Notfälle *</u>	
Name, Vorname	Telefonnummer

Bei Kind: Mindestens eine der o. g. Kontaktpersonen muss für das Kind sorgeberechtigt und ständig erreichbar sein. Wir erklären uns weiterhin bereit, unser Kind bei ansteckender Krankheit, Selbst- bzw. Fremdgefährdung und groben Regelverstößen umgehend von Lagern und Aktionen abzuholen. Sollte dies nicht geschehen, sind die verantwortlichen Führungskräfte berechtigt, das Kind auf Kosten der Sorgeberechtigten nach Hause zu schicken. Im Falle der Unterschrift nur eines Sorgeberechtigten versichert dieser, dass der andere Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist

Eine Teilnahme an Lagern und Aktionen kann vom Vorliegen des vollständig ausgefüllten Mitglieder-Gesundheitsbogens abhängig gemacht werden. Der Stamm Albatros e.V. und seine Beauftragten haften nicht für Schäden jedweder Art aus unvollständigen oder nicht zutreffenden Angaben oder aus dem Nichtvorliegen eines Mitglieder-Gesundheitsbogens.

Alle Änderungen bitte sofort schriftlich auf neuem Bogen mitteilen und diesen als Aktualisierung kenntlich machen. Mündliche Informationen haben keine Gültigkeit. Ich bin bzw. wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und medizinischen Daten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht.

Ort, Datum und Unterschrift * <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	Ort, Datum und Unterschrift * <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
---	---