

Die Heimatadresse der Erziehungsberechtigten (*) während des Lagers lautet:

von bis

.....
.....
.....

Telefon:

Die Urlaubsadresse der Erziehungsberechtigten während des Lagers lautet:

von bis

.....
.....
.....

Telefon:

(*) Falls Sie eine Erreichbarkeit während des Lagers nicht gewährleisten können, tragen Sie bitte die Adresse des/der nächsten Verwandten ein.

Sonstiges:

.....
.....



Stamm Ritter von Dalberg

Verband Christlicher Pfadfinder/innen
Land Rheinland-Pfalz/Saar
Gau Neuburgund

GESUNDHEITSPASS

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Liebe Eltern,

wir möchten Sie bitten, diesen Gesundheitspass gründlich auszufüllen. Die Angaben sind für eine eventuelle medizinische Betreuung sehr wichtig und Sie helfen damit, den Akelas und Sippenführern ihre Aufsichtspflicht adäquat zu erfüllen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und sind nur dem entsprechenden Akela/Sippenführer und nötigenfalls der Lagerleitung zugänglich.

Blutgruppe:

wenn bekannt; sollte Ihr Kind einen Blutpass besitzen, bitte eine Kopie beilegen

Erhaltene Schutzimpfungen

Kinderlähmung am:

Tetanus am:

Diphtherie am :

..... :

..... :

Folgende Anfälligkeiten/Krankheiten sind bekannt:
 (z.B. Asthma, Allergien, Diabetes, Epilepsie, Herzfehler, Neurodermitis)

.....

.....

Folgende Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden:

Medikament	Wann/wie oft einnehmen	Dosis

Bitte geben Sie unbedingt den Beipackzettel des Medikaments mit. Es wird empfohlen, dass Sie das Medikament bei dem Akela/Sippenführer abgeben.

Name und Anschrift des Hausarztes:

.....

.....

.....

Krankenversicherung und Daten des Stammversicherten:

Name der KK:

Vor-und Zuname:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Beschäftigt als:

Telefon (Durchwahl):

Bei meinem Kind ist besonders auf Folgendes zu achten:

.....

.....

	ja	nein
Mein Kind darf unter Aufsicht schwimmen		
Mein Kind ist Schwimmer/-in		
Ich habe eine Kopie des Impfpasses beigelegt		
Mein Kind ist Bettnässer		
Mein Kind leidet nicht an ansteckenden Krankheiten		

.....

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten