

Gesundheitsblatt

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Straße, Postleitzahl, Wohnort, Tel. Nr.: _____

Trupp, Gruppe: _____

Name des Gruppenleiters: _____

Name, Vorname, Adresse und Tel.Nr. der Erziehungsberechtigten (oder deren Vertreter) während des Lagers:

Krankenversicherung, Name des Versicherten:

Momentan einzunehmende Medikamente (und deren Dosierung, möglichst auch die Bezeichnung des Wirkstoffes in Klammern):

a: _____ (_____)

b: _____ (_____)

c: _____ (_____)

Wichtige Vorerkrankungen, Operationen (wann?, was?):

Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten (bei Medikamenten auch Wirkstoff angeben):

Datum der letzten Tetanusimpfung:

Name und Tel.Nr. des behandelnden (Haus-)Arztes:

Vollmacht:

Herr / Frau _____ ist berechtigt, in dringenden Fällen an meiner statt die Einwilligung zu dringend notwendigen operativen Eingriffen zu geben (**ggf. streichen**).

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten