

KIND/JUGENDLICHER

Nachname _____ Vorname _____
 Geburtsdatum _____ SV-Nummer _____ Geburtsort _____
 Adresse _____ PLZ _____ Ort _____

HAUPTVERSICHERTER

Verhältnis zum Kind/Jugendlichen: Mutter Vater
 Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
 SV-Nummer _____ Krankenkasse _____ Arbeitgeber _____
 Adresse _____ PLZ _____ Ort _____

SCHUTZIMPFUNGEN

Tetanus letzte Impfung _____
 FSME letzte Impfung _____
 keine FSME-Impfung Grund _____
 (Im Falle eines Zeckenbisses während der Lagerzeit wird von der Lagerleitung ärztlicher Rat eingeholt und mit dem Erziehungsberechtigten Kontakt aufgenommen)
 sonstige letzte Impfung _____
 sonstige letzte Impfung _____

KRANKHEITEN & BESONDERHEITEN

Alle Angaben erfolgen freiwillig! Diese dienen der Versorgung im Notfall oder helfen uns besser auf die jeweiligen Bedürfnisse eingehen zu können.

<p>Infektionskrankheiten</p> <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Kinderlähmung <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Scharlach <input type="checkbox"/> Feuchtblattern <input type="checkbox"/> Röteln, geimpft <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> sonstige _____ <p>Allergien</p> <input type="checkbox"/> Sonnenallergie <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergie <input type="checkbox"/> Pollenallergie <input type="checkbox"/> Insektenallergie <input type="checkbox"/> Medikamentenunverträglichkeit <input type="checkbox"/> Sonstige Allergien _____	<p>Sonstige Krankheiten</p> <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <p>allfällige Besonderheiten</p> <input type="checkbox"/> Brillen/Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Schlafwandler <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Bettnässer <input type="checkbox"/> sonstige _____	<p>Blutgruppe _____</p> <p>Besonderheiten bei der Ernährung</p> <input type="checkbox"/> Vegetarier/in <input type="checkbox"/> spezielle Diät _____
--	---	---

Operationen/Knochenbrüche während der letzten 2 Jahre

Details _____
 Details _____

Ich/mein Sohn/meine Tochter

 bin/ist bereits Blinddarm operiert
 bin/ist Nichtschwimmer/in und darf nicht ins Wasser
 bin/ist Nichtschwimmer/in und darf mit Schwimmhilfe unter Aufsicht ins Wasser
 bin/ist Schwimmer/in und darf unter Aufsicht schwimmen gehen
 muss regelmäßig Medikamente einnehmen (genaue Bezeichnung und Dosis!) _____
 Mir/meinem Sohn/meiner Tochter wird im Autobus leicht schlecht

KONTAKTPERSON

Nachname _____ Vorname _____
 Adresse _____ PLZ, Ort _____ Mobiltelefon _____
 Festnetz (tagsüber) _____ Festnetz (abends) _____ E-Mail _____

Bin ich nicht erreichbar ist folgende Person von mir berechtigt, notwendige Entscheidungen zu treffen (Notfalladresse)

Nachname _____ Vorname _____ Verhältnis zum Kind (zB. Tante) _____
 Adresse _____ PLZ, Ort _____ Mobiltelefon _____
 Festnetz (tagsüber) _____ Festnetz (abends) _____ E-Mail _____

- Bei groben Disziplinären Problemen kann ich/mein Kind von der Aktion ausgeschlossen werden – der Heimtransport obliegt mir und erfolgt auf eigene Kosten.
- Sollte die Teilnahme an der Aktion aus gesundheitlichen Gründen nicht/nicht mehr möglich sein nehmen die Leiter Kontakt mit Ihnen bzw. der Notfall-Kontaktperson auf.
- Ich verpflichte mich den zuständigen Leiter über allfällige ansteckende Krankheiten zu informieren.
- Ich habe die Personendaten bzw. medizinischen Informationen gewissenhaft aktualisiert. Eventuelle Ergänzungen teile ich den Leitern (meines Kindes) unverzüglich mit.
- Alle Daten werden vertraulich behandelt.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass eine gültige Registrierung als Mitglied der Pfadfinder und Pfadfinderinnen Österreichs (PPÖ) unbedingte Voraussetzung für die Möglichkeit der Teilnahme an den Aktivitäten der PfadfinderInnen ist (Versicherungsschutz!).
- Die Gruppe übernimmt keine Haftung für verloren gegangene Gegenstände oder Geldbeträge.