

Notfallblatt

Die Angaben auf diesem Informationsblatt dienen der Lagerleitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während des Lagers zum schnelleren Entscheid über die zu treffenden Massnahmen und zur Benachrichtigung der Eltern. Diese Angaben werden von der Lagerleitung vertraulich behandelt.

Personalien Teilnehmer/-in

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Heimatort _____
Strasse _____ PLZ, Ort _____

Personalien Eltern / Erziehungsberechtigte

Name _____ Vorname _____
Tel. Privat _____ Mobiltelefon _____

Name _____ Vorname _____
Tel. Privat _____ Mobiltelefon _____

Notfallkontakt abweichend.

Name _____ Bezeichnung _____
Mobiltelefon _____

Versicherung

Unfallversicherung _____
Krankenkasse _____
AHV-Nummer _____

Hausarzt

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ, Ort _____
Telefon Praxis _____

Gesundheitszustand

Datum der letzten Starrkrampfimpfung (Monat und Jahr) _____



Regelmässig oder unregelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Einnahmевorschrift)

Diese Medikamente sollen durch die Leiter verabreicht werden.

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Allergien)

Allgemeine Abgabe von Medikamenten

Die Leiter dürfen unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Aspirin / Dafalgan) selbstständig verabreichen.

Die Leiter dürfen ohne Rücksprache keine rezeptfreien Medikamente verabreichen.

Ich bin / wir sind erreichbar unter der Nummer _____

Rega-Versicherung

Die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer wird vom Leitungsteam für die Dauer des Lagers bei der Rega angemeldet. Mit der Anmeldung der Teilnehmerin bzw. des Teilnehmers erklären Sie sich einverstanden, dass wir Name, Adresse und Geburtsdatum der Teilnehmerin bzw. des Teilnehmers an die Rega weiterleiten.

Allgemeines

Kann die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer schwimmen? Ja Nein

Anfänger Fortgeschritten (bis 300m) Könner (bis 1000m)

Besondere Hinweise an die Küche (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien, ...)

Bemerkungen und Empfehlungen (Heimweh, Bettnässer, Rituale, ...)

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten / Elternteils

Bitte Kopie des Impfausweises beilegen!
Versicherung ist Sache der Teilnehmer/-innen!

