



# GESUNDHEITSBOGEN

Nachname: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>
Geburtsdatum: <input type="text"/>	Geburtsort: <input type="text"/>
Sozialversicherungsnummer: <input type="text"/>	Krankenkasse: <input type="text"/>
Versicherte(r) - Geb.Datum und SV-Nummer: <input type="text"/>	
Adresse (Hauptwohnsitz des Kindes): <input type="text"/>	

Stufe  Biber  WiWö  GuSp  CaEx  RaRo  LeiterIn (+Stufe ankreuzen)

Körpergewicht:  kg

## Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten

Mutter  Vater  andere/r Erziehungsberechtigte/r:

Name:

Telefonnummer:

Mutter  Vater  andere/r Erziehungsberechtigte/r:

Name:

Telefonnummer:



## Impfungen

Bitte eine KOPIE DES IMPFPASSES beilegen

Mein Kind hat folgende Impfungen erhalten:

**Tetanus**, zuletzt im Jahr

*(Anmerkung Tetanus ist im 3- oder 4-fach, bzw für WiWö im 6-fach Impfstoff enthalten)*

**FSME**, zuletzt im Jahr

**Mumps/Masern/Röteln (MMR)**:  nicht geimpft  1x geimpft  2x geimpft

**Varicellen (Feuchtblattern)**:  Krankheit durchgemacht  1x geimpft  2x geimpft

Wenn **KEINE Impfungen** erfolgt sind, bzw. FSME / Tetanus ausständig sind, bitte folgenden Absatz beachten:

Ich bin über die Risiken einer Unterlassung von Vorsorgemaßnahme, insbesondere einer Schutzimpfung (FSME, Tetanus) informiert. Die PfadfinderleiterInnen übernehmen keine Haftung für eventuelle Schäden, die aus einer solchen Unterlassung entstehen können, sowie keine Haftung für eine Immunisierung bei einem Krankenhausbesuch. Aufgrund der Zunahme der Masernfälle im Jahr 2024 werden Lagerteilnehmende, die keinen aufrechten Masernschutz aufweisen, bei einem Maserverdachtsfall auf eigene Kosten vom Lager nach Hause gesendet.

## Medikamente

Mein Kind darf rezeptfreie Medikamente (Erste Hilfe) aus unserer Erste-Hilfe-Ausrüstung von geschulten PfadfinderleiterInnen erhalten:  Ja  Nein

Mein Kind nimmt ärztlich verschriebene Medikamente gegen folgende Erkrankungen und muss sie folgendermaßen einnehmen (Name, Dosis, Uhrzeit, ggfs Lagerungshinweis)

Ist mein Kind mit der Handhabung der Medikamente vertraut?  Ja  Nein

Ist eine Kontrolle der Medikamente erforderlich?  Ja  Nein



## Gesundheit

*Bitte Zutreffendes ankreuzen und beschreiben.*

Hat Ihr Kind **ALLERGIEN** (Tiere, Gräser, Pollen, Medikamente, ...) und was ist in einem Notfall zu tun?

Hat Ihr Kind medizinisch bekannte **chronische Erkrankungen** (Asthma, angeborene Herzerkrankungen, Diabetes mellitus, Verhaltensauffälligkeiten, ...)?

**Wenn ja**, weiß Ihr Kind, wie es damit umgehen soll? Was ist in einem Notfall zu tun?

Hatte Ihr Kind in letzter Zeit schwere Knochenbrüche oder Verletzungen oder eine Operation? Wenn ja, was ist zu berücksichtigen?

Braucht Ihr Kind eine **spezielle Diät und/oder hat Nahrungsmittelunverträglichkeiten**?

## Lager

Diese Person ist während der Lagerdauer im Notfall zu erreichen und ist von mir berechtigt, allenfalls notwendige Entscheidungen zu treffen, falls die Erziehungsberechtigten nicht erreichbar sind.

Name:

Telefonnummer:

Mein Kind:

Ist schwindelfrei

Ja  Nein

Hat Platzangst

Ja  Nein

Wird beim Autofahren leicht schlecht

Ja  Nein

Mein Kind ist:

Schwimmer

Nicht-Schwimmer

mit Schwimmflügeln

Mein Kind darf bei Bedarf im privaten PKW (mit erfahrenen Lenker\*innen) auf kurzen Zwischentransporten mitfahren.

Ja  Nein



**Pfadfindergruppe 21 „Liechtenstein“**  
Müllnergasse 6a A-1090 Wien  
www.gruppe21.at



**PFADFINDER\*INNEN**  
**ÖSTERREICH**  
Wien 21 – Liechtenstein

Ich bestätige, dass meine oben angeführten Angaben richtig und vollständig sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Haftung seitens der Lagerleitung, bzw. der Stufenleitung, bezüglich jedweder Folgen für mein Kind oder für andere Personen aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben ausgeschlossen ist. Die o. a. Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ort und Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten