

Gesundheitsblatt Sommercamp (Jahr)

.....
Vorname Familienname Geburtsdatum

.....
Versicherungsnummer Versicherungsanstalt

Blutgruppe:

Hämophilie: A B andere Gerinnungsstörung:

Schweregrad:

Name des Präparates: Dosis pro Gabe:

Propylaxe Bei Bedarf

Inhibitor: ja nein Selbststecher: ja nein mit Hilfe

<u>Wichtige Impfungen:</u>	Datum:
FSME (Zecken)
COVID 19 Impfung
Tetanus
.....

Mein Kind benötigt außer dem Gerinnungsfaktor folgende Medikamente
(bitte Name, Dosis und Dauer angeben):

.....
.....

(bitte ankreuzen):

- Eine Aufsichtsperson muss medikamentieren (Aufsicht) - Medikamente bei der Krankenschwester abgeben.
- Mein Kind darf/muss sich selbst medikamentieren (ohne Aufsicht) - Medikamente bleiben beim Kind.

Sonstiges:.....
.....

Mein Kind hat folgende Allergien (Medikamente, Speisen, Insektenstiche ...):

.....

Mein Kind hat folgende chronische Krankheiten (außer der Blutgerinnungsstörung):

.....
.....

Mein Kind hatte in letzter Zeit folgende Operationen:

.....

Besonders zu beachten (religiöse Lebensweise, Vegetarier,...):

.....

COVID-19

Folgende Fragen betreffen alle Personen ihres Haushaltes in den **letzten 14 Tagen**:

Hatte ein Haushaltsmitglied... (bitte richtige Antwort ankreuzen)

Fieber	JA	NEIN	Husten	JA	NEIN
Atemnot	JA	NEIN	Übelkeit	JA	NEIN
Durchfall	JA	NEIN	Erbrechen	JA	NEIN
Veränderung von Geschmack oder Geruchssinn				JA	NEIN

Hatte ein Haushaltsmitglied Kontakt mit

a) COVID-19 positiv getesteten Personen?	JA	NEIN
b) mit Personen in COVID-19 Quarantäne?	JA	NEIN

Arbeitsstätte der Eltern?

Wann hat eine Person des Haushaltes eine COVID-19 Erkrankung gehabt?

Mein Kind hat an den regelmäßigen COVID Tests in der Schule teilgenommen: JA NEIN

Mein Kind hatte COVID-19: JA (wann:.....) NEIN

COVID Test war positiv am:, COVID Test dann negativ am:.....

..... Stück COVID Antigen Tests (Gratis aus der Apotheke) am Camp abgegeben

Notfallnummern - unter diesen Telefonnummern bin ich bei Notfällen zu erreichen:

Firma: Zeitraum:

Privat: Zeitraum:

Bitte geben sie eine bevollmächtigte Ersatzperson an, falls sie in der Zeit des Camps nicht zu erreichen sind:

Name: Verwandtschaftsverhältnis:

1. Telefon: 2. Telefon:

- Ich bin damit einverstanden, dass die Leitung im Falle einer dringenden medizinischen Behandlung stellvertretend für den Erziehungsberechtigten eventuelle Einverständniserklärungen unterzeichnet.

Schwimmen: (bitte ankreuzen)

Mein Kind ist

- Schwimmer
 Nichtschwimmer
 ungeübter Schwimmer (nur mit Schwimmhilfe)
 mein Kind darf unter Aufsicht einen Schwimmkurs machen

Mein Kind hat den Segelgrundschein Surfgrundschein

Ich habe das Gesundheitsblatt nach dem aktuellsten Stand ausgefüllt.

.....
Name des Unterzeichnenden (in Blockschrift):

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten

Stand: 31.05.2022