

Krankenblatt PPL

Personalien

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Abteilung:

Name der Eltern:

Versicherungsdaten

Hausarzt:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Rega-Versicherung: Nein Ja

Falls ja, Versicherungsnummer:



Kontaktpersonen (während Zeit des Lagers)

	Erziehungsberechtigte/r 1	Erziehungsberechtigte/r 2
Name		
Adresse		
Telefon-Nr. / Mobile-Nr.	/	/

Gesundheitszustand

Allergien: Nein Ja

Falls ja, welche?

Medikamente:

Nahrungsmittel:

Pflanzen / Tiere:

Andere:

Notfallmedikament (Name / Dosierung):

1) /

2) /



Krankheiten: Nein Ja

1) Diagnose:

Medikament (Name / Dosierung):

/

Reservemedikament (Name / Dosierung):

/

2) Diagnose:

Medikament (Name / Dosierung):

/

Reservemedikament (Name / Dosierung):

/

Operationen: Nein Ja

Falls ja, welche?

1) Was: Wann:

2) Was: Wann:



Impfungen:

Tetanus (Wundstarrkrampf)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Letzte Auffrischung:
Diphtherie:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Letzte Auffrischung:
Pertussis (Keuchhusten)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Letzte Auffrischung:
Polio (Kinderlähmung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Letzte Auffrischung:
H. influenzae B (Hib)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Letzte Auffrischung:
MMR (Masern, Mumps, Röteln)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Letzte Auffrischung:
Hepatitis A	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Letzte Auffrischung:
Hepatitis B	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Letzte Auffrischung:
FSME (Zecken)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Letzte Auffrischung:
Covid-19	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Letzte Auffrischung:

Andere (Meningokokken etc.):

- 1) Letzte Auffrischung:

- 2) Letzte Auffrischung:

- 3) Letzte Auffrischung:



Die Angaben auf diesem Informationsblatt sind streng vertraulich und dienen der Lagerleitung im Falle unvorhergesehener Vorkommnisse während des Lagers. Die **Richtigkeit der Angaben** wird mit untenstehender Unterschrift bestätigt.

Bitte folgende Kopien beilegen: **Impfausweis, Krankenkassenkärtchen, evtl. Allergiepass.**

Mit untenstehender Unterschrift gebe ich - beziehungsweise meine Erziehungsberechtigten - die **Einwilligung** an die Lagerleitung, in dringenden Notfällen auch ohne vorgängige Information der Erziehungsberechtigten alle notwendigen Schritte für eine medizinische Behandlung zu veranlassen. Selbstverständlich wird versucht, Erziehungsberechtigte in einem Notfall auf schnellstem Wege zu benachrichtigen.

Versicherung ist Sache der Erziehungsberechtigten respektive der Teilnehmenden. PPL und Lagerleitung lehnen jegliche Haftung ab.

Ort / Datum:

Unterschriften:

Teilnehmer/in: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

