

Notfallblatt

Pfadiname: _____

Name: Vorname: _____

Strasse, Nr., PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Versich.-Nr.: _____

Unfallversicherung: _____ Versich.-Nr.: _____

Gönner der Rega?: _____

Einnahme von Medikamenten notwendig? Wenn ja, welche?

Allergien / Vegi / Besonderes: _____

Bemerkungen: _____

Kontaktperson(en) während des Lagers:

Hausarzt:

Name: _____

Name: _____

Strasse, Nr.: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (wenn möglich Natel): _____

Telefon Praxis: _____

Versicherung ist Sache der Teilnehmenden.

Ich bin damit einverstanden, dass für den Fall, dass die Kontaktperson nicht erreichbar ist, die Lagerleitung über den gesundheitlichen Zustand meines Kindes informiert wird. Die Ärzte sind damit für diese Zeit gegenüber der Lagerleitung von ihrer Schweigepflicht entbunden.

Dies ist meine Einwilligung an die Lagerleitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung meines Kindes, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.

Datum und Unterschrift der Eltern:

Bitte eine Kopie des Impfausweises und der Krankenkassenkarte beilegen!

Wenn gewünscht wird, dass **keine Fotos des Kindes auf der Homepage veröffentlicht werden**, bitte hier kurz ankreuzen!