

# Teilnehmenden-Informationsblatt



Die Angaben auf diesem Informationsblatt dienen der Leitung 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. (\* = Pflichtfelder)

**Versicherung ist Sache des Teilnehmenden.**

## 1. PERSONALIEN

Name\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_ Heimatort/Land\* \_\_\_\_\_  
Strasse\* \_\_\_\_\_ PLZ, Ort\* \_\_\_\_\_  
Telefon Privat \* \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
Vorname eines Erziehungsberechtigten / eines Elternteils\* \_\_\_\_\_

## 2. KONTAKTADRESSE DER ELTERN WÄHREND DES LAGER

Name / Bez. \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

## 3. PRIVATE VERSICHERUNG (NAME DER GESELLSCHAFT UND NUMMER DER POLICE)

Unfallversicherung\* \_\_\_\_\_  
Krankenkasse\* \_\_\_\_\_  
Gönner Rega  Ja  Nein Ausweis-Nr. \_\_\_\_\_

## 4. HAUSARZT / HAUSÄRZTIN

Name\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_  
Strasse\* \_\_\_\_\_ PLZ, Ort\* \_\_\_\_\_  
Telefon Praxis\* \_\_\_\_\_

## 5. GESUNDHEITZUSTAND

**Bitte eine Kopie des Impfausweises beilegen**

Datum der letzten Starrkrampfimpfung (Monat und Jahr)\* \_\_\_\_\_  
Regelmässig oder unregelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Einnahmевorschrift)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sollen die obengenannten Medikamente durch einen Leiter/in verabreicht werden?  Ja  Nein

Allgemeine Abgabe von rezeptfreien Medikamenten durch die Leitenden (zutreffendes ankreuzen):\*

- Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin/dem Teilnehmer unter Berücksichtigung der unter «Bemerkungen zum Gesundheitszustand» aufgeführten Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) **ohne Rücksprache** selbstständig abgeben.
- Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin/dem Teilnehmer nur **nach Rücksprache** rezeptfreie Medikamente abgeben. Ich bin/Wir sind erreichbar unter der Nummer: \_\_\_\_\_

Bemerkungen zum Gesundheitszustand und Empfehlungen (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Heimweh, Bettnässen, Schlafwandeln, Sorgen und Ängste):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 6. GESUNDHEITZUSTAND

Hinweise bezüglich Essen:

- Vegetarisch
- Vegan
- Allergien:

---

---

---

---

- Eine Kopie des Impfausweises ist beigelegt, sowie eine Kopie der Krankenkassen-Karte
- Dies ist meine Einwilligung an die Leitung, im Notfall ohne vorherige weitere Benachrichtigung die notwendigen Schritte für eine medizinische Behandlung zu veranlassen.

Ort, Datum\*

Unterschrift \*  
(unter 18 Jahren Unterschrift eines Elternteils)

---

---

Allfällige weitere Bemerkungen, Anregungen, Wünsche bitte hier anbringen:

---

---