



## Persönlicher Gesundheitsbogen

Von den Eltern oder den volljährigen Mitgliedern zu Beginn eines jeden Pfadfinderjahrs, vor dem Ferienlager oder der Schulung auszufüllen.

Bitte hier eine Krankenkassenvignette kleben
Bitte hier eine Krankenkassenvignette kleben

**Dieses Datenblatt sollte sich immer in eurer bzw. der Nähe des Kindes befinden, um es notfalls schnell zur Hand zu haben. Es soll im Bedarfsfall den Leitern bzw. dem medizinischen Personal helfen. Es ist wichtig, dass die von Ihnen erteilten Informationen vollständig, korrekt und zum Zeitpunkt der betreffenden Aktivitäten aktuell sind. Gerne können Sie auch schriftlich oder mündlich weitere Informationen den Leitern mitteilen, die Ihnen nützlich erscheinen.**

### Identität des/der Teilnehmer(in)s

Name: ..... Vorname: .....  
 Geboren am: ..... Nationalregisternummer: .....  
 Adresse: ..... Nr: ..... Bfk: .....  
 Ort: ..... PLZ: ..... Tel. / Handy: .....  
 Land: ..... E-Mail: .....

### Person, die bei einem Notfall benachrichtigt werden soll:

Name und Vorname:	Name und Vorname:
Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:
Tel. / Handy:	Tel. / Handy:
E-Mail:	E-Mail:
Bemerkung:	Bemerkung:

### Angaben zum behandelnden Arzt:

Name und Vorname: .....  
 Adresse: .....  
 Telefon / Handy: .....

### Vertrauliche Informationen zur Gesundheit des/der Teilnehmer(in)s

Größe: ..... Gewicht: .....  
 Kann der/die Teilnehmer(in) an den geplanten **Aktivitäten** teilnehmen? (Sport, Ausflüge, Spiele, Schwimmen...)  
 JA-NEIN  
 .....

Kann der/die Teilnehmer(in) **Schwimmen**? Sehr gut / Gut / Mittelmäßig / Nur schwierig / Überhaupt nicht

Leidet der/die Teilnehmer(in) (dauerhaft oder regelmäßig) an:

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Reisekrankheit	<input type="checkbox"/> Herzproblemen	<input type="checkbox"/> geistiger Behinderung
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> körperlicher Behinderung
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Bettnässen	<input type="checkbox"/> Schlafwandeln	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne

Falls sie ein oder mehrere Kästchen angekreuzt haben, geben Sie Häufigkeit und Schweregrad an, sowie welche Maßnahmen zu ergreifen sind, um dem vorzubeugen und/oder darauf zu reagieren:



.....  
.....  
Gibt es andere **wichtige Krankheiten oder Operationen** in der Vorgeschichte des/der Teilnehmer(in)s? (Masern, Blinddarm, etc.) + jeweiliges Jahr

.....  
.....  
Andere Angaben über den/die Teilnehmer(in), die sie für einen reibungslosen Ablauf der Aktivitäten / des Lagers von Nutzen sein könnten (Schlafprobleme, Physische oder psychische Probleme, Brille, Hörgerät, etc.):

.....  
.....  
Besteht der **Impfschutz** des/der Teilnehmer(in)s **gegen Tetanus**? JA-NEIN

Datum der letzten Impfung: .....

Bestehen bekannte **Allergien gegen gewisse Substanzen, Nahrungsmittel oder Medikamente**? JA-NEIN

Falls ja, welche? .....

Welches sind die Folgen? .....

Verfolgt er/sie einen **Ernährungsplan**? Falls ja, welchem? .....

.....  
.....  
Muss der/die Teilnehmer(in) **regelmäßig Medikamente einnehmen**? JA-NEIN

Falls ja, welche? .....

Geben sie Dosierung und Menge an: .....

Wann? .....

Nimmt er/sie diese Medikamente selbständig ein? JA-NEIN (Wir erinnern daran, dass Medikamente nicht unter den Teilnehmer(inne)n aufgeteilt werden dürfen)

**Sollte der/die Teilnehmer(in) Teil einer Covid-19 Risikogruppe sein (siehe beigefügte Liste):**

Der/die Teilnehmer(in) hat die Erlaubnis des behandelnden Arztes bezüglich der Lagerteilnahme 2020 erhalten.

Die Angaben des behandelnden Arztes wurden auf der Rückseite des Fragebogens angegeben.

### Anmerkungen

Die Leiter verfügen über eine gut ausgestattete Apotheke. In bestimmten, genau festgelegten Situationen, oder in Erwartung der Ankunft eines Arztes, dürfen sie die folgenden Medikamente verteilen und dies natürlich nur zum richtigen Zeitpunkt: Paracetamol, Antiseptikum (vom Typ Chlorhexidin), beruhigende Salben (auf Anweisung des Arztes oder des Apothekers).

*« Ich erkläre mich damit einverstanden, die Kosten für notwendige Behandlungen meines Kindes, die durch die Verantwortlichen des Ferienzentrums oder des zugehörigen medizinischen Dienstes vorgenommen werden, zu tragen. Ich autorisiere den örtlichen Arzt, die Entscheidungen zu treffen, die er/sie in Anbetracht des Gesundheitszustands des Kindes für dringend notwendig erachtet, selbst wenn es sich um einen chirurgischen Eingriff handelt, falls ich nicht persönlich erreichbar bin. »*

Datum und Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

*Die Verarbeitung medizinischer Daten erfolgt im Rahmen unserer legitimen Aktivitäten und unter Einhaltung angemessener Garantien gemäß Artikel 9 Absatz 2 der Allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Die im Gesundheitsformular enthaltenen Informationen sind vertraulich. Die animateure, denen diese Informationen anvertraut werden, sind verpflichtet, die Gesetze zum Schutz der Privatsphäre sowie das Gesetz vom 19. Juli*



*2006 zur Änderung des Gesetzes vom 3. Juli 2005 über die Rechte der Freiwilligen einzuhalten und unterliegen dem Berufsgeheimnis gemäß Artikel 458 des Strafgesetzbuches.*

*Die hier zur Verfügung gestellten Informationen dürfen daher nur an den Arzt oder das andere konsultierte medizinische Personal weitergegeben werden. Sie können sie jederzeit einsehen und ändern. Diese Daten werden spätestens ein Jahr nach dem Aufenthalt vernichtet, wenn kein Dossier geöffnet wird.*

*Informationen über unsere Verarbeitung und Ihre Rechte als Betroffene finden Sie in unserer Datenschutzerklärung (verfügbar unter [lesscouts.be/privacy](http://lesscouts.be/privacy)).*

