



Bitte diesen **Gesundheitsbogen** zur **Gepäckabgabe** vollständig ausgefüllt mitbringen!

**Teilnehmerdaten:**

**Wir, die Eltern/ Erziehungsberechtigten des Teilnehmers/ der Teilnehmerin , genehmigen, dass ...**

1. ... unser Sohn/ unsere Tochter **schwimmen** gehen darf.  ja  nein  
Vorgesehen ist das Schwimmen in Schwimmbädern (Freibädern) oder Seen/Flüssen unter (Leiter-)Aufsicht.  
Er/ sie ist geprüfte(r) Schwimmer/in.  ja  nein
2. ... unser Sohn/ unsere Tochter sich in **Kleingruppen** von mind. drei Personen **in Städten**  ja  nein  
ggfs. ohne Leiteraufsicht (ab Juffi) in vorher klar abgegrenzten Bereichen bewegen darf.
3. ... unser Sohn/ unsere Tochter an **Wanderungen im Gelände** teilnehmen darf.  ja  nein
4. ... unser Sohn/ unsere Tochter an einer **Mehrtageswanderung/Hike** teilnimmt.  ja  nein  
Eine Hike ist ein mehrtägiges Wanderlager in größerer Entfernung vom Lagerplatz. Täglicher Kontakt mit Leitern ist gewährleistet.  
Wölflinge und Jungpfadfinder gehen in Leiterbegleitung, Pfadfinder und Rover in Kleingruppen (mögl. 3 Personen).
5. ... **Fotos, Videoaufnahmen** u.ä. aufgenommen und öffentlich (auch Internet/Social Media) gezeigt werden dürfen.  
*Hierbei achten wir – vor allem in den „Sozialen Netzwerken“ – auf die Persönlichkeitsrechte und die Wahrung der Form.*
6. ... unser Sohn/ unsere Tochter **auf unsere Kosten vorzeitig nach Hause** geschickt werden kann, wenn dies aus disziplinarischen, medizinischen oder anderen Gründen erforderlich ist. Ein Leiter kann dabei wahrscheinlich nicht abgestellt werden.

Wir – bzw. die von uns bevollmächtigten Vertreter – sind unter folgender **Rufnummer** zu erreichen:

**Notfallnummer (Handy):** \_\_\_\_\_ oder \_\_\_\_\_

**Ernährung:**  Standardkost  vegetarisch \* vegan \* \_\_\_\_\_

\* bei Veganern und / oder sonstigen die Ernährung betreffende Besonderheiten bitten wir um Rücksprache mit Tim Robens.

**Gesundheitshinweise:**

**Krankenversicherung:** (Karte abgeben!) \_\_\_\_\_  gesetzlich  privat  Beihilfe?

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_  private Zusatzvers.?  Auslandsvers.?

**Hausarzt (Name und Adresse):** \_\_\_\_\_

**Besondere Auffälligkeiten:**  AD(H)S  Asthma  Heuschnupfen  Bettnässer  Brille/ Linsen  Zahnspange

Medikamentenallergien:  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

sonstige Allergien:  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Medikamente**, die regelmäßig bzw. bei Bedarf eingenommen werden müssen (auch Hormonpräparate), bitte eintragen:

*Wir, die Erziehungsberechtigten, genehmigen, dass die Medikamente auch von medizinisch nicht ausgebildeten Leitern verabreicht werden dürfen. Ein Arzt ist im Lager nicht durchgehend anwesend, aber in den nahegelegenen Städten erreichbar. (Dieser Hinweis erfolgt aus rechtlichen Gründen.)*

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Medikamente in ausreichender Anzahl mitführen; jeder ist für die regelmäßige Einnahme – sofern nicht zur Aufbewahrung abgegeben – selbst verantwortlich.

**Impfausweis** wird als Kopie beigelegt  Grundimpfschutz (v.a. Tetanus) besteht  FSME (Zecken-)Impfung aktuell?

**Vorerkrankungen/Operationen:**  ja  nein wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Wir bestätigen die Richtig- und Vollständigkeit aller gemachten Angaben und fühlen uns hinreichend informiert.**

Viersen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/ gesetzlichen Vertreter