

## Medizinische Angaben der Teilnehmerin/des Teilnehmers



Liebe Eltern

Wir hoffen auf ein tolles und unfallfreies Lager. Für den Notfall möchten wir jedoch gewappnet sein und bitten Sie deshalb, das folgende Formular auszufüllen. Die Angaben auf diesem Blatt helfen uns, während des Lagers richtig zu reagieren. Die Informationen werden vertraulich behandelt und von der Lagerleitung verwahrt. Nur die wichtigen Daten werden für die Anmeldung bei der Rega weitergeleitet. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Versicherung Sache der Teilnehmer ist.

Die Notfallblätter werden neu, damit die Angaben nicht zwei Mal gemacht werden müssen, bis zum Sommerlager behalten. Bei Abweichungen der Kontaktpersonen oder Änderungen in der Zwischenzeit bitten wir Sie deshalb um Benachrichtigung.

*Bitte dieses Formular unbedingt zusammen mit einer **Kopie des Impfausweises und einer Kopie der Krankenversicherungskarte** an uns senden!*

### Personalien des Lagerteilnehmers/der Lagerteilnehmerin

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Adresse + Telefonnummer der Eltern während des Pfingstlagers/Sommerlager**  
(oder zu benachrichtigende Person)  
**Adresse:** \_\_\_\_\_  
**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

### Hausarzt

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Adresse:** \_\_\_\_\_  
**Telefon Praxis:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Unfallversicherung:** \_\_\_\_\_

**AHV-Nummer:** \_\_\_\_\_

**Allergien** (Bitte ankreuzen):

Heuschnupfen  Bienenstichallergie  Asthma  Nahrungsmittelallergie (bitte unten ausführen)

Weitere Allergien: \_\_\_\_\_

**Medikamente**, die während des Lagers eingenommen werden müssen:

\_\_\_\_\_

Besondere Hinweise an die **Küche** (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien, ...):

\_\_\_\_\_

Letzte **Operation**:

\_\_\_\_\_

Gibt es sonst **Spezielles** zu beachten?

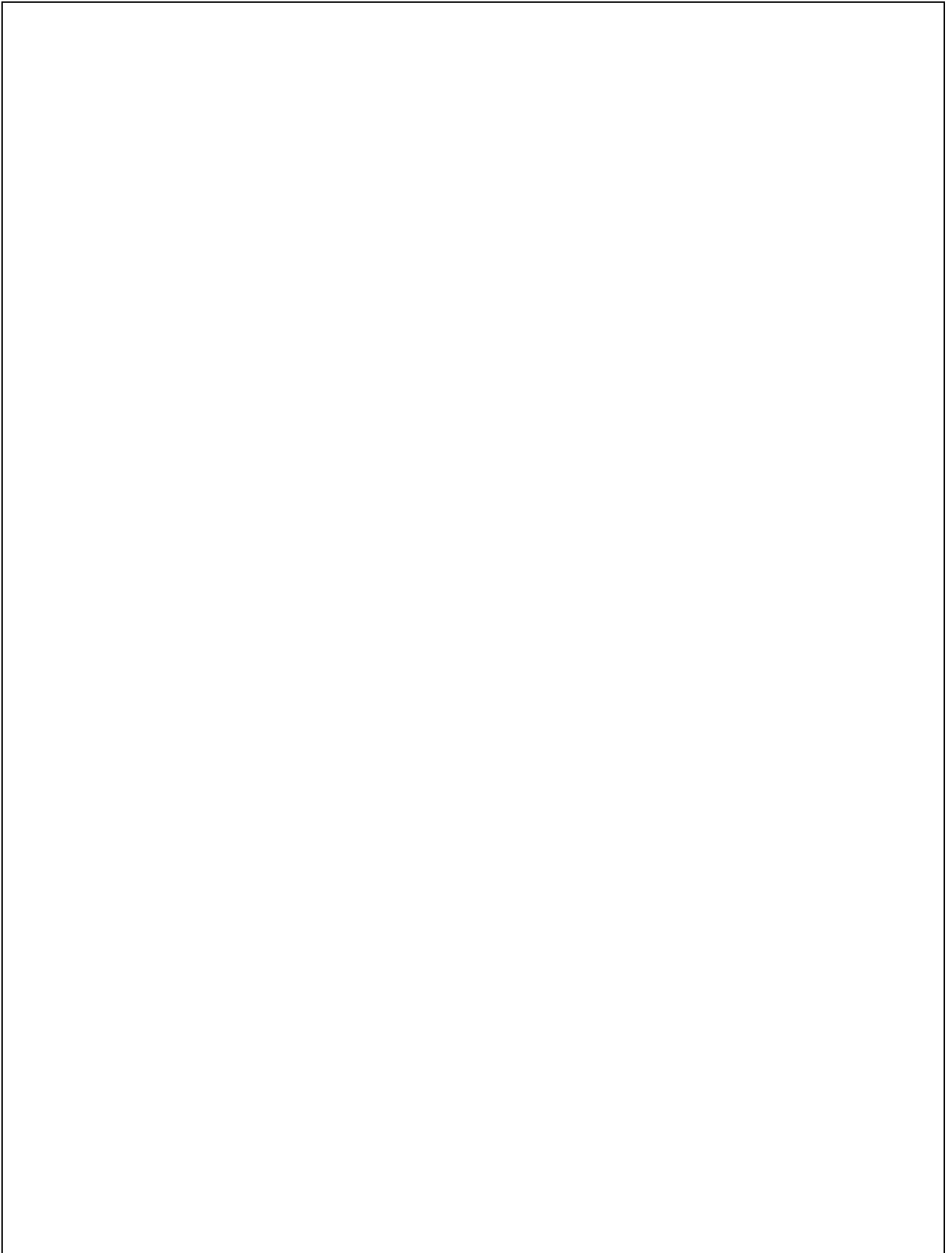
---

Bitte informieren Sie die Lagerleitung, falls auf etwas Spezielles geachtet werden muss!

**Kopie der Krankenkassenkarte:**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for pasting a copy of the health insurance card.

**Kopie des Impfausweises:**



**Dies ist unsere Einwilligung an die Leitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.**

Ort, Datum:

Unterschrift der Eltern: