

# Notfallinformationsblatt für Lagerteilnehmende

cudesch

Pfadibewegung Schweiz  
Mouvement Scout de Suisse  
Movimento Scout Svizzero  
Moviment Battasendas Svizra



pfadi uster-greifensee   
www.pfadi-uster-greifensee.ch

Die Angaben auf diesem Informationsblatt dienen der Lagerleitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während des Lagers. Die Lagerleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Das Informationsblatt wird nach dem Lager vernichtet.

**Achtung:** Die Teilnehmenden sind durch die Pfadi nicht gegen Unfall und Krankheit versichert; die Pfadi lehnt jede Haftung ab. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

**Dem Informationsblatt bitte eine aktuelle Kopie des Impfausweises beilegen.**

## Personalien

Pfadiname:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Heimatort:

Religion/Konfession:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

Mobiltelefon (falls vorhanden):

Name und Vorname des Inhabers bzw. der Inhaberin der elterlichen Gewalt:

## Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers (falls möglich in der Schweiz):

Name/Bezeichnung:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon:

Land:

Mobiltelefon:

## Private Versicherung (Name der Gesellschaft und Versicherungsnummer)

Krankenkasse:

Gönner der Schweizerischen Rettungsflugwacht:  Ja  Nein Ausweis-Nr.:

## Hausarzt

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefon Praxis:

## Gesundheitszustand

Gewicht:

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmevorschrift):

Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden:  Ja  Nein

Allgemeine Abgabe von Medikamenten aus der Lagerapotheke durch die Lagerleitung

- Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbständig verabreichen.
- Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer ohne Rücksprache keine rezeptfreien Medikamente verabreichen. Ich bin / wir sind erreichbar unter der Nummer: \_\_\_\_\_

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Operationen, Allergien):

**Allgemeines**

Kann die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer schwimmen:  Ja  Nein

Anfänger       Fortgeschritten (bis 300 m)       Könnler (bis 1000 m)

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

Bemerkungen und Empfehlungen (Heimweh, Bettnässen, ...):

**Regaversicherung**

Die Teilnehmer/innen und Leiter/innen werden während des Lagers kostenlos bei der Rega versichert sein. Die Rega kann die angegebene Adresse jedoch zu Werbezwecken verwenden. Sollten Sie dies nicht wünschen und somit auf die Rega-Versicherung ihres Kindes während des Lagers verzichten, bitten wir Sie mit der Hauptleitung in Kontakt zu treten.

Dies ist meine **Einwilligung an die Leitung**, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen und dem behandelnden medizinischen Personal dieses Dokument zu überlassen.

Ort, Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_