



# GESUNDHEITSBLATT

Biber     WiWö     GuSp     CaEx     RaRo     Leiter\*innen

Name .....

Größe .....cm

Geburtsdatum ..... / ..... / .....

Gewicht .....kg

## Die Daten der teilnehmenden Person:

Versicherungsnummer: \_\_\_\_ - \_\_\_\_

selbstversichert

mitversichert

## Die Daten der hauptversicherten Person (mitversichert):

Name: .....

Versicherungsnummer: \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dienstgeber: .....

Die teilnehmende Person hat die Blutgruppe: .....

Die teilnehmende Person hat folgende **Allergien** (Medikamente, Speisen, Insektenstiche, etc.):

Die teilnehmende Person benötigt folgende **Medikamente** (Bitte Dosis und Dauer angeben!):

Die teilnehmende Person hat folgende **physische oder chronische** Krankheiten und Einschränkungen:

Die teilnehmende Person hat folgende **psychische** Krankheiten und Einschränkungen:

Die teilnehmende Person hat folgende Erkrankungen / Einschränkungen:

Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Asthma Bronchiale	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Diabetes	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Allergie gegen Penicillin	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Die teilnehmende Person ist **geimpft** gegen (Datum letzte Impfung):

Tetanus     JA     NEIN    Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Zecken     JA     NEIN    Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Die teilnehmende Person hat folgende **Operationen** durchgemacht:

Blinddarm     JA     NEIN    |    Leisten-/Nabelbruch     JA     NEIN

Andere kürzliche / relevante Operationen: .....

Folgen nach Unfällen: .....

---

Die teilnehmende Person hat folgende **Infektionskrankheiten** durchgemacht:

Masern	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Diphtherie	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Kinderlähmung	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Scharlach	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Keuchhusten	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Schafblattern	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Röteln	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Mumps	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Gelbsucht	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN

---

Ich stimme zu, dass die teilnehmende Person bei einer unerwarteten Operation eine Narkose bekommt (wenn möglich halten wir natürlich vorher Rücksprache):

JA                       NEIN

---

Die teilnehmende Person hat folgende **Lebensmittel – Unverträglichkeiten**:

---

Aufgrund von persönlicher oder religiöser Überzeugung der teilnehmenden Person ist bei der **Ernährung** auf folgendes zu achten:

---

Die teilnehmende Person ist (Zutreffendes bitte ankreuzen!):

Schwimmer                       ungeübter Schwimmer                       Nicht-Schwimmer

---

Notfallkontakt während Pfadi-Aktionen (Name, Telefonnummer, Beziehung zum Teilnehmenden):

Kontakt 1:

Name: ..... Tel: .....

Kontakt 2:

Name: ..... Tel: .....

Kontakt 3:

Name: ..... Tel: .....

---

Ich habe folgende Wünsche und Anregungen an das Team:

---

*Mit der Unterschrift stimme ich zu, dass die persönlichen Gesundheitsdaten meines Kindes bzw. meine persönlichen Gesundheitsdaten für die Zwecke der Pfadis Wiener Neudorf, insbesondere für die Planung und Durchführung der Heimstunden und Pfadiaktionen (Heimübernachtungen, diverse Lager,...) bzw. in gesundheitlichen Notfällen verwendet und verarbeitet werden. Dabei werden diese Daten maximal ein Jahr lang aufgehoben und nach der zweckentsprechenden Verwendung datenschutzkonform vernichtet.*

---

Datum

---

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/Volljährige Person)