



GESUNDHEITSBLATT

Biber WiWö GuSp CaEx RaRo Leiter*innen

Name

Größecm

Geburtsdatum

Gewichtkg

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)	JA	NEIN	Asthma Bronchiale	JA	NEIN
Diabetes	JA	NEIN	Allergie gegen Penicillin	JA	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:

Gruppenleitung: pfadis@wrneudorf.at

2024/09

IBAN AT 67 1100 0047 8333 4800
UniCredit Bank Austria AG, BIC BKAUATWW
ZVR-Zahl: 867408255

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

Masern	JA	NEIN	Diphtherie	JA	NEIN	Kinderlähmung	JA	NEIN
Scharlac	JA	NEIN	Keuchhusten	JA	NEIN	Schafblattern	JA	NEIN
h Röteln	JA	NEIN	Mumps	JA	NEIN	Gelbsucht	JA	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)