



Bund der Pfadfinderinnen  
& Pfadfinder e.V.

Stamm von Helfenstein



## Gesundheitsfragebogen

<b>Name, Vorname</b>		<b>Geburtsdatum</b>
<b>Straße und Hausnummer</b>		<b>PLZ, Ort</b>
<b>Schutzimpfungen (Nichtzutreffendes bitte streichen)</b> Tetanus, Hepatitis A, Hepatitis B, Diphtherie, Polio/Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, FSME, Keuchhusten, Windpocken - sonstige Impfungen		
<b>Bekannte Vorerkrankungen/Operationen</b>		
<b>Unser Kind / ich hatte folgende Erkrankungen (Nichtzutreffendes bitte streichen)</b> Windpocken, Scharlach, Mumps, Masern, Röteln, Diphtherie		
<b>Folgende Vorerkrankungen sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Allergien, Epilepsie, etc.)</b>		
<b>Mein / Unser Kind wird ärztlich betreut (behandelnder Arzt, Anschrift, Telefon)</b>		
<b>Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:</b>		
<b>Das Kind nimmt die Medikamente selbst ein</b> O ja                      O nein <b>Der Gruppenleiter sorgt für die regelmäßige Einnahme</b> O ja                      O nein		
<b>Bei dem Kind ist auf Folgendes zu achten (gesundheitliche Besonderheiten, Ernährung, etc.)</b>		
<b>Gewünschte Einschränkungen bei der Behandlung:</b>		
<b>Krankenkasse</b>	<b>Versichertenkarte</b> Ja/Nein	<b>Versichertennummer</b>
<b>Versichert über</b>	<b>Status</b>	<b>Versichertenkarte gültig bis</b>

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls darf

Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/Unfällen entscheidet der Arzt vor Ort.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls darf/dürfen nur die Erziehungs-/Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

Ich bin/Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

Name, Vorname	Telefon/Mobil	Straße und Nummer	PLZ, Ort

Im Falle einer Unterschrift nur eines Erziehungs-/Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

**Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungs-/Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungs-/Sorgeberechtigten