

# Medizinisches Informationsblatt

Dieses Informationsblatt muss jeder Lagerteilnehmer vor dem Lager ausgefüllt bei seinem Leiter abgeben. Die rasche und richtige medizinische Versorgung im Notfall wird dadurch sehr erleichtert.

**Familienname:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ SVNR (e-card) \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Name & Telefon Hausarzt** \_\_\_\_\_

**Kind ist**  Schwimmer  Nichtschwimmer

## **Bisherige Krankheiten:**

Schafblattern  Keuchhusten  Gelbsucht  Scharlach

Asthma bronchiale  krankhafte Blutungsneigung

sonstiges: \_\_\_\_\_

## **vorhandene Impfungen (wann zuletzt?)**

Tetanus \_\_\_\_\_  Zecken \_\_\_\_\_

Grippe \_\_\_\_\_  Masern-Mumps-Röteln \_\_\_\_\_

Meningokokken C \_\_\_\_\_  Hepatitis B: \_\_\_\_\_

Hepatitis A+B(Twinrix) \_\_\_\_\_  weitere \_\_\_\_\_

## **bisherige Operationen:**

Blinddarm  Mandeln  Leisten- oder Nabelbruch

sonstiges: \_\_\_\_\_

Sind Operationskomplikationen bekannt? \_\_\_\_\_

## **bekannte Allergien:**

Medikamentallergien (welche Reaktion trat auf?): \_\_\_\_\_

Bienen/Wespenallergie: \_\_\_\_\_

Nahrungsmittelallergien: \_\_\_\_\_

## **folgende Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden:**

Was? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Kind im Notfall ärztlich versorgt werden darf.  
(Untersuchungen, Injektionen, Operationen)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten