

Notfallblatt der Pfadi Rheinfelden, Zwingend komplett auszufüllen für eine Lagerteilnahme!

Notfalblatt für die Teilnahme am _____ (Lagerdatum & Name)

Die auf diesem Informationsblatt vermerkten Angaben dienen der Lagerleitung im Falle von unvorhergesehenen Vorkommnissen während des Lagers. Die Lagerleitung verpflichtet sich, alle gemachten Angaben vertraulich zu behandeln, sowie das Blatt und sämtliche weitere vertraulichen medizinischen Daten des Teilnehmers / der Teilnehmerin nach dem Lager zu vernichten.

Wichtig:

Teilnehmende 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.

Eine Teilnahme am Lager ohne **vollständig ausgefülltes und unterschriebenes Notfallblatt** sowie ohne beiliegende **Kopie des Impfausweises & eine Kopie der Krankenversicherungskarte** ist leider nicht möglich!

Personalien:

Pfadiname: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Heimatort: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

Name und Vorname des Inhabers / Inhaberin der elterlichen Sorge: _____

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

Name: _____

Vorname: _____

Beziehung zum TN: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

Private Versicherung: Kartenkopie beilegen! (Beidseitig)

Hausarzt:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Ich möchte nicht, dass die Personalien des TN zwecks Rega-Versicherung an die Rega weitergeleitet werden

Gesundheitszustand:

Körpergrösse _____ Gewicht: _____

Regelmässig einzunehmende Medikamente:

Bezeichnung: _____

Dosierung: _____

Einnahmевorschrift: _____

Weitere: Ja → auf Rückseite vermerken Nein

Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden? Ja Nein

Die Leitung ist **in jedem Falle** über vorhandene Medikation zu informieren!

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

Allgemeines:

Kann der Teilnehmer / die Teilnehmerin schwimmen (ohne Schwimmhilfen in Gewässertiefe von mehr als 2.50 m): Ja Nein

Anfänger (max. 50m am Stück) Fortgeschritten (300m am Stück)

Könnner (1000m und mehr am Stück)

Bemerkungen an die Küche (Vegetarier, Nahrungsmittelunverträglichkeiten & Allergien, religiös bedingte Diäten etc.)

Dies ist meine Einwilligung an die Leitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen. Des weiteren bin ich damit einverstanden, dass die Lagerleitung bei kleineren Beschwerden (Kopfschmerzen, leichtes Fieber oä.) rezeptfreie Medikamente (Kat. C, D, E) dem Teilnehmer / der Teilnehmerin selbstständig abgibt.

Sollte der Teilnehmer / die Teilnehmerin einen Unfall erleiden oder an einer Krankheit erkranken, so werden die Leiter telefonisch Kontakt mit der unter „Kontaktadresse“ angegebenen Person aufnehmen. Sollte diese nicht während einer Zeit von mehr als 60 min nicht zu erreichen sein, so bin ich damit einverstanden, dass die Leiter bei Indikation / Unsicherheit ohne weitere Rücksprache mit dem Teilnehmer / der Teilnehmerin einen Arzt aufsuchen.

Ort und Datum: _____

Unterschrift der Eltern / Inhaber der elterlichen Sorge: _____