

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

**Notfallblatt für die Teilnahme am \_\_\_\_\_ (Lagerdatum & Name)**

Die nachfolgend 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.

Für eine Teilnahme am Lager ist das **vollständig ausgefülltes und unterschriebenes Notfallblatt** sowie eine **Kopie des Impfausweises & eine Kopie der Krankenversicherungskarte** zwingend erforderlich!

**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 Teilnehmenden: \_\_\_\_\_ Adresse, PLZ & Ort: \_\_\_\_\_  
Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Private Versicherung: Kartenkopie beilegen! (Beidseitig)**

**Hausarzt:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Ich möchte nicht, dass die Personalien des TN zwecks Rega-Versicherung an die Rega weitergeleitet werden und bin damit einverstanden allfällige Kosten eines Einsatzes vollumfänglich zu übernehmen. (Mit der Rega Anmeldung ist Ihr Kind im Falle eines Rega-Aufgebots versichert. Sollte die Rega vorsorglich oder präventiv aufgeboden werden, auch wenn schlussendlich keine zwingende Notwendigkeit bestand, fallen keine Kosten für Sie oder Ihr Kind an.)

**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)

Köhner (1000m und mehr am Stück)

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

---

---

---

Dies ist meine/unsere Einwilligung an die Leitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung oder Untersuchung durch einen Arzt, im Notfall oder bei einer Krankheit, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen. Das Leitungsteam wird, sollten die Umstände dies zulassen, die oben angegebene Person möglichst Zeitnahe kontaktieren. Des weiteren bin ich/wir damit einverstanden, dass die Lagerleitung bei kleineren Beschwerden (Kopfschmerzen, leichtes Fieber oä.) rezeptfreie Medikamente (Kat. C, D, E) dem Teilnehmer / der Teilnehmerin selbstständig abgibt.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern / Inhaber der elterlichen Sorge: \_\_\_\_\_

Bitte gebt eurem Kind keine Medikamente zur Eigenmedikation mit, auch Kopfwehtabletten und dergleichen bitte an die Lagerleitung abgeben!