



Medizinisches Datenblatt



Persönliche Daten

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr):
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):		
Blutgruppe (wenn bekannt):	Sozialversicherungsanstalt:	Sozialversicherungsnummer:
Versicherter (nur auszufüllen, wenn die/der LagerteilnehmerIn mitversichert ist):	Sozialversicherungsnummer:	
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort):		
Im Notfall zu verständigen (während des Lagers erreichbar): Name, Adresse, Telefonnummer		

Impfungen (Bitte ankreuzen):		Letzte Impfung:	Schwimmer (Bitte ankreuzen):
Diphtherie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		Die/Der LagerteilnehmerIn ist: <input type="checkbox"/> guter Schwimmer <input type="checkbox"/> durchschnittlicher Schwimmer <input type="checkbox"/> schlechter Schwimmer <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer
Tetanus	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Keuchhusten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Kinderlähmung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
FSME	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

Behandlung (Bitte ankreuzen):	Krankheiten (Bitte ankreuzen):	
Die/Der LagerteilnehmerIn ist ...	Die/Der LagerteilnehmerIn hatte/hat folgende Krankheiten:	
<input type="checkbox"/> derzeit nicht in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/> Allergie	Gegen:
<input type="checkbox"/> derzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/> Asthma	
Begründung der ärztlichen Behandlung:	<input type="checkbox"/> Diabetes	
	<input type="checkbox"/> Epilepsie	
	<input type="checkbox"/> Masern	Jahr:
	<input type="checkbox"/> Mumps	Jahr:
	<input type="checkbox"/> Röteln	Jahr:

Weiter auf Rückseite

Die/Der LagerteilnehmerIn leidet an folgenden chronischen Erkrankungen:

Die/Der LagerteilnehmerIn leidet an folgenden Allergien:

Die/Der LagerteilnehmerIn muss (selbständig) folgende Dauermedikamente einnehmen:

Die/Der LagerteilnehmerIn muss folgende Therapie durchführen (Wann? Wie oft?):

Die/Der LagerteilnehmerIn darf folgende Lebensmittel nicht zu sich nehmen:

Die/Der LagerteilnehmerIn hält während des Lagers folgende Diät:

<input type="checkbox"/> Vegetarier	Sonstige Diät:
<input type="checkbox"/> Diabetiker	

Bei minderjährigen LagerteilnehmerInnen:

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und ermächtige hiermit den behandelnden Arzt, alle für mein Kind erforderlichen Behandlungen durchzuführen. Weiters gestatte ich im Notfall ohne weitere Rücksprache die Überweisung meines Kindes an einen Spezialisten bzw. in ein Krankenhaus.

.....
Datum

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten oder des
volljährigen Lagerteilnehmers

Die hier erfassten Daten werden vertraulich behandelt.