

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

<p><b>Schutzimpfungen</b> (nicht zutreffendes bitte Streichen)</p> <p>Tetanus/Hepatitis A ♦ Hepatitis B ♦ Diphtherie ♦ Polio/Kinderlähmung ♦ Masern ♦ Mumps ♦ Röteln ♦ FSME ♦ Keuchhusten ♦ Windpocken</p> <p>Sonstige Impfungen:</p>
<p>Bekannte Vorerkrankungen/Operationen:</p>
<p>Unser Kind/ich hatte folgende Erkrankungen: (nicht zutreffendes bitte streichen)</p> <p>Windpocken ♦ Scharlach ♦ Mumps ♦ Masern ♦ Röteln ♦ Diphtherie</p>
<p>Folgende Vorerkrankungen sind bekannt (z. B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebensmittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.):</p>
<p>Unser Kind wird ärztlich betreut (behandelnder Arzt oder Hausarzt, Anschrift, Telefon)</p>
<p>Unser Kind bekommt als Bedarfs- /Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen:</p>
<p>Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Der Gruppenleiter sorgt für die regelmäßige Einnahme <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>
<p>Bei unserem Kind ist auf Folgendes zu achten: (gesundheitliche Besonderheiten, Ernährung etc.)</p>
<p>Von dem/den Erziehungsberechtigten gewünschten Einschränkungen in der Behandlung:</p>

Krankenkasse	Versichertenkarte Ja / Nein	Versichertennummer
Versichert über	Status	Versichertenkarte gültig bis

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

Name, Vorname	Geburtsdatum	Funktion

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/Unfällen entscheidet der behandelnde 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 zur Zeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

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

Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	
Name, Vorname	Telefon	Mobil
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist.

Versichertenkarte und Impfausweis (bzw. Kopie) werden vor Fahrtbeginn in einem verschlossenen Umschlag beim Gruppenleiter abegeben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift