



# Notfallblatt Pfila 18. – 20. Mai 24

## Personalien des Teilnehmenden

Vorname: ..... JS-Name: .....

Name: .....

Adresse: .....

.....

Telefon: .....

Geb. Datum: ..... Bürgerort: .....

## Kontaktperson während des Lagers (sollte erreichbar sein)

Name und Telefon: .....

Ev. Ferienadresse: .....

*Die Versicherung gegen Unfall, Krankheit und Haftpflicht ist Sache des Teilnehmers.*

Krankenkasse: .....

Versicherten-Nr.: .....

Hausarzt: .....

Tel. Hausarzt: .....

Rega-Gönner:  ja  nein

Datum letzte Starrkrampfimpfung: .....

Zecken-Impfung (FSME)  ja  nein

**Gesundheitliche Beschwerden:**  ja  nein

.....

.....

**Medikamenteneinnahme:**  ja  nein

Dosis: .....

**Allergien:**  ja  nein

Symptome, Dosis: .....

Bemerkungen, Infos: .....



Unvorhergesehene Medikamenteneinnahme:

Unsere Lagerapotheke ist nicht für Teilnehmer mit chronischen Krankheiten ausgerüstet. Die Lagerapotheke enthält bewusst nur Medikamente, die üblicherweise auch in Hausapotheken vorhanden sind. Sämtliche Medikamente sind nicht rezeptpflichtig.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie der Lagersanität die Erlaubnis, ihrem Kind bei Bedarf Medikamente abzugeben.

- Nein, ich bin damit nicht einverstanden.

Das heisst: Die Abgabe von Medikamenten erfolgt nach Absprache mit der vermerkten Kontaktperson. Falls diese nicht erreichbar ist, erfolgt die Abgabe nach Rücksprache mit Medizinalpersonal (Ärzte, Apotheker, Notfalldienst...). Damit verbundene Kosten sind vom gesetzlichen Vertreter zu übernehmen.

Datum: .....

Unterschrift: .....