# Notfallinformationsblatt

Die Angaben auf diesem Informationsblatt dienen der Lagerleitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während des Lagers. Die Lagerleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln.

Dieses Notfallinformationsblatt wird jeweils nach den Lagern für ein Jahr bei den jeweiligen Stufenleitern für allfällige Aktivitäten aufbewahrt. Falls Sie dies nicht wünschen, bitten wir Sie dies uns zu melden, so dass wir es Ihnen zurückgeben können.

**Achtung:** Die Teilnehmenden sind durch die Pfadi nicht gegen Unfall und Krankheit versichert. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

**Dem Informationsblatt bitte eine aktuelle Kopie des Impfausweises beilegen.**

**Personalien**

Pfadiname:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Nationalität: ☐ CH ☐ .....

Religion/Konfession: Erstsprache: ☐ De ☐ Franz. ☐ Ital. ☐ Andere

Strasse:

PLZ, Ort: Telefon:

Mobiltelefon (falls vorhanden):

Name und Vorname des Inhabers bzw. der Inhaberin der elterlichen Gewalt:

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

Name/Bezeichnung:

Strasse: PLZ, Ort:

Telefon: Land:

Mobiltelefon Vater:

Mobiltelefon Mutter:

**Private Versicherung**

Krankenkasse: Versicherungsnummer:

☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat

Unfallversicherung: Versicherungsnummer:

Gönner der Schweizerischen Rettungsflugwacht: ☐ Nein ☐ Ja Ausweis-Nr.:

**Hausarzt**

Name: Vorname:

Strasse: PLZ, Ort:

Telefon Praxis:

Weiteres:

→ *weiter geht's auf der Rückseite!*

**Gesundheitszustand**

Grösse: Gewicht:

Datum der letzten Starrkrampfimpfung (z.B. DiTe):

*Bitte eine Kopie des Impfausweises beilegen.*

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmevorschrift):

Sollen die oben genannten Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden: ☐ Ja ☐ Nein

Allgemeine Abgabe von Medikamenten aus der Lagerapotheke durch die Lagerleitung

☐ Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer bei kleinen Blessuren, Verletzungen (z.B. Verstauchung, Insektenstiche, Durchfall) unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel, Salben mit anästhesierender Wirkung, Antiallergikum, etc.) selbständig verabreichen, welche die Schmerzen lindern / das Unwohlsein verbessern.

☐ Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer ohne Rücksprache keine rezeptfreien Medikamente verabreichen. Ich bin / wir sind erreichbar unter der Nummer: _____

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

**Allgemeines**

Kann die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer schwimmen: ☐ Ja ☐ Nein

☐ Anfänger ☐ Fortgeschritten (300m) ☐ Könner (1000m)

Besondere Hinweise an die Küche (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien, ...):

Bemerkungen und Empfehlungen (Heimweh, Bettnässen, ...):

**Regaversicherung**

Die Teilnehmenden von J+S-Lager können durch das Leitungsteam bei der Rega gemeldet werden und gelten dadurch für die Lagerdauer als Rega-Gönner.

Ich nehme zur Kenntnis, dass hierfür Name, Adresse und Geburtsdatum meines Kindes an die Rega weitergegeben werden.

Dies ist meine **Einwilligung an die Lagerleitung**, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.

Ort, Datum: Unterschrift der Eltern: