Notfallinformationsblatt für Lagerteilnehmende

Die Angaben auf diesem Notfall- und Informationsblatt dienen der Lagerleitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während des Lagers zum schnelleren Entscheid über die zu treffenden Massnahmen und zur Benachrichtigung der Eltern. Die Lagerleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Dieses Notfallinformationsblatt wird nach dem Lager vernichtet.

Achtung: Die Teilnehmenden sind durch den Korps Glattal nicht gegen Unfall und Krankheit versichert; der Korps Glattal lehnt jegliche Haftung ab. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

Dem Notfallinformationsblatt bitte eine aktuelle Kopie des Impfausweises beilegen.

Personalien

Pfadiname _____ Geburtsdatum _____

Name _____ Vorname _____

Strasse / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon / Mobil _____

Name und Vorname des Inhabers bzw. der Inhaberin der elterlichen Sorge

_____

Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers

Name _____ Vorname _____

Strasse / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon / Mobil _____ und / oder _____

Land _____

Private Versicherung (Name der Gesellschaft und Versicherungsnummer)

Krankenkasse _____ Police-Nr. _____

Rega-Gönner Ja Nein Ausweis-Nr. _____

Hausarzt

Name _____ Vorname _____

Strasse / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefon Praxis _____

Notfallinformationsblatt für Lagerteilnehmende

Gesundheitszustand

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmevorschrift)

_____

_____

_____

Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden: Ja Nein

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (bspw. nachwirkende Krankheiten, Unfälle, Allergien)

_____

_____

_____

Allgemeines

Kann der Teilnehmer / die Teilnehmerin schwimmen: Ja Nein

Fotografien des Teilnehmers / der Teilnehmerin während des Vorbasiskurses dürfen für den Internetauftritt des Korps Glattal verwendet werden Ja Nein

Besondere Hinweise an die Küche (Vegetarier, Nahrungsmittelallergie, etc.)

_____

_____

_____

Bemerkungen und Empfehlungen (Heimweh, Bettnässen, etc.)

_____

_____

_____

Mit meiner Unterschrift **gebe ich der Lagerleitung meine Einwilligung**, im Notfall die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung ohne weitere, vorhergehende Benachrichtigung zu veranlassen. Zudem erlaube ich, dass der Lagerleitung Informationen zum Gesundheitszustand mitgeteilt werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift Teilnehmer/in _____

Unterschrift Eltern _____