



Notfallblatt PfiLa 2023 – 26. Bis 29. Mai

Liebe Eltern. Wir hoffen auf ein tolles, unfallfreies Lager. Sollte trotzdem ein Notfall eintreten sind wir auf folgende Angaben angewiesen, damit wir möglichst schnell Massnahmen ergreifen und Angehörige benachrichtigen können. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Bitte vollständig und korrekt ausfüllen! Vielen Dank

Personalien Teilnehmer/in

Vorname & Name _____
JS-Name _____ Geb.-Datum _____
Strasse _____
PLZ & Ort _____
Konfession _____

Kontaktperson während des Lagers

Vorname & Name _____
Beziehung zum Kind Eltern, Andere: _____
Strasse _____
PLZ & Ort _____
Telefon _____ Natel _____

Der Versicherungsschutz für Unfall, Krankheit und Haftpflicht ist Sache der Teilnehmenden.

Unfallversicherung

Name _____
Strasse _____
PLZ & Ort _____
Versichertenr. _____

Krankenkasse

Name _____
Strasse _____
PLZ & Ort _____
Versichertenr. _____
Versicherungs-klasse _____

Hausarzt

Name _____
Strasse _____
PLZ & Ort _____
Telefon _____

Bitte wenden

Gesundheitliche Beschwerden

Nein Ja: _____

Unverträglichkeiten (Laktose, Gluten,...)

Nein Ja: _____

Symptome _____

Andere Allergien

Nein Ja: _____

Symptome _____

Medikament _____ Dosis _____

Bitte die Medikamente dem Kind mit ins Lager geben

Vorgesehene Medikamenteneinnahme

Nein Ja: _____

Symptome _____

Bitte die Medikamente dem Kind mit ins Lager geben

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.

Sonstige Anregungen und Bemerkungen (z.B. Bettnässer, häufige Kopfschmerzen,...)

Datum, Unterschrift der gesetzlichen Vertreter

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben Name _____

Ort _____ Datum _____

Unterschrift _____