

# UNFALLZETTEL



## PERSÖNLICHES

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:			
Adresse:			
Telefon der Eltern:			
Name der Eltern:			
Adresse der Eltern:			

## HAUSARZT UND VERSICHERUNGEN

Hausarzt:	
Telefon des Hausarztes:	
AHV Nr.:	
Krankenkasse:	
Unfallversicherung:	
Datum der letzten Tetanus-Impfung:	
Letzte Zeckenimpfung falls vorhanden:	

## GESUNDHEITZUSTAND, MEDIKAMENTE, ALLERGIEN

Hat Ihr Kind Allergien? (Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente etc.)

---

Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen? (Wenn ja, welche? Nimmt es sie selbstständig ein?)

---

Bemerkungen / Besonderes (Vegetarier, Zahnspange...)

---

Leidet Ihr Kind an einer der folgenden Krankheiten?

*Bluthochdruck, Diabetes, Krebs, Immunschwäche, Chronische Atemwegserkrankung oder Herz-Kreislauf-Erkrankung*

Wenn ja, an welcher?

---

Wenn ja: Sprechen Sie eine Lagerteilnahme bitte mit dem Kinderarzt bzw. der Kinderärztin ab und treffen Sie aufgrund der Absprachen eine Entscheidung zur Teilnahme.

Angaben einer **Kontaktperson**, die den Teilnehmenden in einem Notfall während dem Lager **abholen** könnte:

Name/Vorname:	
Beziehung (z.B. Mutter/Opa):	
Adresse:	
Telefon:	

Wie gut kann Ihr Kind schwimmen?

Anfänger  300m  500m  1000m/Fortgeschritten

## WICHTIG

An der Gepäckabgabe werden Leiter:innen anwesend sein, die für die Sanität im Lager zuständig sind. Bitte besprechen Sie mit ihnen allfällige gesundheitliche Probleme des Kindes oder Spezielles, was die besondere Aufmerksamkeit von uns verlangt.

Wir empfehlen Ihnen, persönliche Medikamente und die Beschreibung der Dosierung und Einnahme entweder vorgängig an der Gepäckabgabe der Sanität abzugeben oder gleich am Abreisetag einem Gruppenleiter mitzugeben, sofern das Kind die Medikamente nicht selbstständig einnehmen kann. Die Angaben über Ihr Kind werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

## KOPIE DER KRANKENKASSENKARTE

Wir bitten Sie, die **Vorder- und Rückseite der Krankenkassenkarte** Ihres Kindes zu kopieren, damit bei einem möglichen Ernstfall die benötigten Angaben schnell und unkompliziert an die betroffene Stelle (Arzt oder Spital) weitergegeben werden können. Bitte geben Sie die Kopie der Karte zusammen mit dem Unfallzettel an der **Gepäckabgabe** ab.

Vorderseite der Krankenkassenkarte	Rückseite der Krankenkassenkarte
------------------------------------	----------------------------------

## MEDIKAMENTENABGABE

Ich bin einverstanden, dass die Lagersanität mit medizinischer Fachausbildung meinem Kind schwache Medikamente, wie Dafalgan, Halspastillen o.ä. verabreichen darf.

oder

Ich möchte, dass sich die Lagersanität **vor der Abgabe** von schwachen Medikamenten telefonisch bei mir meldet, unter der Nummer: \_\_\_\_\_

## UNTERSCHRIFT DER ELTERN ODER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Datum, Unterschrift:

---