Notfallblatt [Lager/Jungschar-Anlass, vom Datum]

Wir hoffen auf ein tolles und 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, leserlich und korrekt ausfüllen! Vielen Dank**

**Personalien Teilnehmer/in**

Vorname & Name

JS-Name Geb.-Datum

Strasse

PLZ & Ort

**Kontaktperson während des Lagers**

Vorname & Name

Beziehung zum Kind □ Eltern, Andere:

Telefon Handy

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

**Krankenkasse Bitte Kopie (Vorder- und Rückseite) der KK-Karte beilegen.**

**Unfallversicherung**

Name

**Hausarzt**

Name

PLZ & Ort

Telefon

**Starrkrampfimpfung** vorhanden? Kann der Teilnehmer **schwimmen**?
□ Nein □ Ja, letzte Impfung (Tetanus): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Nein □ Ja, Anfänger
 □ Ja, Fortgeschritten

 ***Wesentliche* gesundheitliche Beschwerden, Vorerkrankungen, OPs**

□ Nein □Ja, welche:

Symptome

Massnahmen Akutsituation

Medikamente (auch rezeptlose) mit Dosis/Anleitung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verabreichung durch: □ Teilnehmer\*in □ Leitungsperson

Bei Psychischen Beschwerden und Vorbelastungen bitten wir euch/dich frühzeitig vor dem Lager beifolgender Person persönlich oder via Nachricht zu melden.

Kontakt: [Name, Mail und Telefon]

**Unverträglichkeiten** (Laktose, Gluten, etc.)

□ Nein □Ja, welche:

Symptome

Massnahmen Akutsituation

Medikamente (auch rezeptlose) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dosis/Anleitung

Verabreichung durch: □ Teilnehmer\*in □ Leitungsperson

**Andere Allergien (Medikamente, Tiere, Pollen, etc.)**

□ Nein □Ja, welche:

Symptome

Massnahmen Akutsituation \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medikamente (auch rezeptlose) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dosis/Anleitung

Verabreichung durch: □ Teilnehmer\*in □ Leitungsperson

**Weitere vorgesehene Medikation/Behandlung (auch rezeptlose)**

□ Nein □Ja, welche: \_\_\_Dosis/Anleitung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Symptome

Verabreichung durch: □ Teilnehmer\*in □ Leitungsperson

Bitte alle Medikamente in Originalverpackung inkl. Packungsbeilage dem Teilnehmer mit ins Lager geben.

\*) Mit der Unterschrift entbinde ich als gesetzliche Vertretung sämtliche Leitungspersonen von der Verantwortung, die bezeichnete teilnehmende Person bei der Medikamenteneinnahme zu unterstützen oder dazu aufzufordern. Die bezeichnete teilnehmende Person besitzt die notwendigen Fähigkeiten, die aufgeführten Medikamente selbständige einzunehmen und nimmt diese eigenverantwortlich während des gesamten Lagers, und ohne Aufforderung, ein. Ausgenommen von dieser Regelung sind lebensrettende Notfallmedikamente (EpiPen, etc.).

**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, Rettungsdienst, …). Damit verbundene Kosten sind vom gesetzlichen Vertreter zu übernehmen.

**Sonstige Bemerkungen** **und Anregungen** (z.B. Bettnässen, Heimweh, Ängste, etc.)

 **Datum, Unterschrift der gesetzlichen Vertretung**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum

Unterschrift