

NOTFALLDATENBLATT

Niederösterreichische Pfadfinder
und Pfadfinderinnen
Gruppe: Brunn am Gebirge



Vorname			
Nachname			
Geb.Dat.		SV-Nummer:	Blutgruppe:
Mitversichert bei	Name (des Hauptversicherten)		
	SV-Nummer		
	Krankenkasse		
ACHTUNG: die e-Card des Lagerteilnehmers ist im Original mitzugeben!			
Datum der letzten Tetanusschutzimpfung			
Datum der letzten Zeckenschutzimpfung			
Allergien (ev. auch gegen bestimmte Medikamente)		----- [] weiter auf der Rückseite	
Benötigt regelmäßig folgende Medikamente		----- [] weiter auf der Rückseite	
[] Anfällig gegen Reisekrankheiten [] Kann schwimmen ([] ungeübt) [] Vegetarier, Diät		Sonstiges: (Höhenangst, Schlafwandeln, etc.)	

Zutreffendes bitte ankreuzen [X]

Während des Lagers ist für Notfälle folgende erziehungsberechtigte Person unter der angegebenen Telefonnummer und der angeführten Adresse erreichbar:

Name:
Straße:
PLZ, Ort:.
Tel.:

Ich erkläre mich bei Nichterreichbarkeit mit notwendig gewordenen ärztlichen Maßnahmen einverstanden.

Ich bin einverstanden, dass mein/e Sohn/Tochter in Begleitung eines/r Leiter/in in einem Privat-PKW (z.B. Pfadfinderbus) mitfährt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- im Falle einer kurzfristigen Absage meinerseits (ab einer Woche vor Lagerbeginn), ein Unkostenbeitrag für bereits angeschafftes Material einbehalten werden kann.
- die Gruppe keinerlei Haftung für verloren gegangene Gegenstände oder Geldbeträge übernehmen kann.
- ich mein Kind im Falle einer notwendigen früheren Heimfahrt (aus Krankheits- oder Disziplinargründen), selbst vom Lagerplatz abholen muss.

Sonstige Bemerkungen:

....., am

.....
(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)



Zusätzliche individuelle Vereinbarung zwischen der Lagerleitung und den Erziehungsberechtigten für:

Name des Kindes: _____

Notwendige Medikamentengabe während des Lagers:

	1. Name des Medikaments Verabreichungsform: Tablette __ Tropfen __ Injektion __ Lagerung:	2. Name des Medikaments Verabreichungsform: Tablette __ Tropfen __ Injektion __ Lagerung:	3. Name des Medikaments Verabreichungsform: Tablette __ Tropfen __ Injektion __ Lagerung:
Morgen	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Mittag	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Abend	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Nacht	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Bemerkung / Dauer der Einnahme / Risiken und Nebenwirkungen			

Das pädagogisch geschulte Personal der Pfadfinder (Lagerleitung) trägt die Verantwortung für eine große Gruppe von Kindern. Daher kann keine Garantie gegeben werden, dass die Einnahme des Medikamentes stets zeitgerecht erfolgt!

Für etwaige Nebenwirkungen und Komplikationen übernehmen die Pfadfinder und das pädagogisch geschulte Personal keine Verantwortung!

Datum / Ort

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes:

Telefonnummer für Rückfragen

Hiermit ermächtige/-n ich/wir das pädagogische Personal der Pfadfinder meinem/unserem Kind die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

....., am

.....
(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)