

## Notfallblatt für Lager

Die Angaben auf diesem Blatt dienen der Lagerleitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während des Lagers. Die Lagerleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln, dieses Informationsblatt wird nach dem Lager vernichtet.

Die Teilnehmenden sind durch die Pfadi nicht gegen Unfall und Krankheit versichert; die Pfadi lehnt jede Haftung ab. Die Versicherung ist Sache der Teilnehmenden.

Der Sinn dieses Notfallblattes besteht darin, dass in gewissen Situationen die nötigen Informationen sofort zur Verfügung stehen und nicht zuerst beschafft werden müssen.

### Personalien

Pfadiname:

Name:

Vorname:

Strasse:

Telefon:

PLZ / Ort:

Mobiltelefon:

Geburtsdatum:

Religion/Konfession:

Krankenkasse (inkl. Nummer):

### Kontaktadresse(n) für Notfälle während des Lagers:

Adresse, Telefonnummer (privat, geschäftlich und mobil) der Eltern:

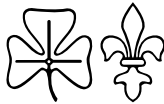
Daten einer zweiten Kontaktperson:

Name, Adresse, Telefonnummer des Hausarztes:

### Schwimmen (bitte ankreuzen):

Nichtschwimmer    Anfänger    Fortgeschritten (bis 300m)    Könnler (bis 1000m)

Hinweise an das **Küchenteam** (*Vegetarier, Nahrungsmittelallergien, ...*):



**Krankheiten oder Allergien** (*Heuschnupfen, Bienenstichallergie, Asthma, ...*):

Regelmässig einzunehmende **Medikamente** (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift):

Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden: ( ) ja ( ) nein

Kürzlich durchgemachte Operationen, Verletzungen, Krankheiten:

**Allgemeine Abgabe von Medikamenten aus der Lagerapotheke durch die Lagerleitung** (bitte ankreuzen):

- ( ) Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbständig verabreichen.
- ( ) Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer ohne Rücksprache keine rezeptfreien Medikamente verabreichen. Ich bin / wir sind erreichbar unter der Nummer: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen & Empfehlungen** an die Lagerleitung (*Heimweh, Bettnässen, ...*):

Ort, Datum:

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters:

***Diesem Informationsblatt bitte eine aktuelle Kopie des Impfausweises beilegen.***