**Notfallblatt Pio-Pfi-La**

**Bitte mit einer Kopie des Impfausweises mit ins Lager bringen:**

**Versicherung ist Sache der Teilnehmenden.**

**Personalien**

Pfadiname: Tippen Sie hier

Name: Tippen Sie hier Vorname: Tippen Sie hier

Geburtsdatum:Tippen Sie hierHeimatort:Tippen Sie hier

Religion / Konfession: Tippen Sie hier

Strasse: Tippen Sie hier PLZ, Ort Tippen Sie hier

Telefon: Tippen Sie hier

**Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers (falls möglich in der Schweiz)**

Name / Bezeichnung: Tippen Sie hier

Strasse: Tippen Sie hier PLZ, Ort Tippen Sie hier

Telefon: Tippen Sie hier Land: Tippen Sie hier

Mobiltelefon : Tippen Sie hier

**Private Versicherung (Name und Gesellschaft und Versicherungsnummer)**

Krankenkasse: Tippen Sie hier

Gönner der Schweizerischen Rettungsflugwacht Ja [ ]  Nein [ ]  Ausweis-Nr.: Tippen Sie hier

**Hausarzt**

Name: Tippen Sie hier Vorname: Tippen Sie hier

Strasse: Tippen Sie hier PLZ, Ort Tippen Sie hier

Telefon Praxis: Tippen Sie hier

**Gesundheitszustand**

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnamevorschrift):

Tippen Sie hier

Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden: Ja [ ]  Nein [ ]

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Operationen, Allergien):

 Tippen Sie hier

**Allgemeines**

Kann die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer schwimmen: Ja [ ]  Nein [ ]

Anfänger [ ]  Fortgeschritten bis (300m) [ ]  Könner (bis 1000m) [ ]

Besondere Hinweise an die Küche (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien,…):

Tippen Sie hier

Bemerkung und Empfehlung (Heimweh, Bettnässen,…):

Tippen Sie hier

**Regaversicherung:**

Die Teilnehmenden von J+S-Lager können durch das Leitungsteam bei der Rega gemeldet werden und gelten dadurch für die Lagerdauer als Rega Gönner.

Ja ich bin einverstanden, dass hierfür Name, Adresse und Geburtsdatum meines Kindes an die Rega weitergegeben werden.

Ja [ ]  Nein [ ]

Dies ist meine **Einwilligung an die Leitung,** die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen und ausserdem unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbständig zu verabreichen.

**Ort, Datum: Unterschrift der Eltern:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_