

# Notfallinformationsblatt für Lagerteilnehmende



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

**Achtung:** Die Teilnehmenden sind durch die Pfadi nicht gegen Unfall oder Krankheit versichert; die Pfadi lehnt jede Haftung ab. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

Bitte kopiere deine Krankenkassenkarte (beide Seiten) und deinen Impfausweis und lege sie zusammen mit dem unterschriebenen Notfallinformationsblatt in ein Couvert. Sende die Infos anschliessend mit deiner Lageranmeldung an die zuständige Leitungsperson.

## Personalien

Pfadiname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Inhabers bzw. der Inhaberin der elterlichen Obhut: \_\_\_\_\_

## Kontaktadresse für Notfälle während des Lagers

Name/Beziehung: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

## Private Versicherung

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_  
Gönner der Schweizerischen Rettungsflugwacht:  Ja  Nein Ausweis-Nr.: \_\_\_\_\_

Die Teilnehmenden von J+S-Lager können durch das Leitungsteam bei der Rega gemeldet werden und gelten dadurch für die Lagerdauer als Rega-Gönner. Ich bin einverstanden, dass hierfür Name, Adresse und Geburtsdatum meines Kindes an die Rega weitergegeben werden.

Ja  Nein

## Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon Praxis: \_\_\_\_\_

## Gesundheitszustand

Allgemeines: \_\_\_\_\_ Datum der letzten Starrkrampfpimpfung: \_\_\_\_\_

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift):

---

---

---

Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden?  JA  NEIN

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Operationen, Allergien – auch gegen Medikamente):

---

---

---

Allgemeine Abgabe von Medikamenten aus der Lagerapotheke durch die Lagerleitung:

Die Lagerleitung darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbständig verabreichen.

Die Lagerleitung darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer ohne Rücksprache keine rezeptfreien Medikamente verabreichen. Ich bin / wir sind erreichbar unter der Nummer:

---

## Allgemeines

Kann die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer schwimmen:  JA  NEIN

Anfänger  Fortgeschritten  Könnner

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

---

---

---

Bemerkungen und Empfehlungen (Heimweh...):

---

---

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dieses Notfallinformationsblatt gelesen und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben. Ebenso ist dies meine Einwilligung an die Lagerleitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern: \_\_\_\_\_