Notfallblatt Pfingst Lager 2024

Die Angaben auf diesem Informationsblatt dienen den Leitenden bei allfälligen unvorhergesehene Vorkommnissen während des Lagers. Die Leitenden verpflichten sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Das Informationsblatt wir nach dem Lager vernichtet.

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

Bitte legt doch dem Informationsblatt eine aktuelle Kopie des Impfausweises bei.

**Personalien:**

Pfadiname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Heimatsort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vor- und Nachname der Erziehungsberechtigten:

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

\_

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

Unfallversicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Karten-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AHV- Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gönner\*in der Rega: □ NEIN □ JA 🡪 Karten-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Name / Beziehung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Essgewohnheiten:**

Bist du Vegetarier\*in? □ JA □NEIN

Hast du sonstige spezielle Essgewohnheiten?  
□ NEIN □ JA 🡪 Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hast du eine Lebensmittelallergie?  
□NEIN □ JA 🡪 Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hausarzt\*in:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon Praxis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Schwimmer\*in:**

Kann die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer schwimmen? □ JA □ NEIN

□ Anfänger\*in □Fortgeschritten (bis 300m) □Könner\*in (bis 1000m)

**Sonstiges:**

Sonstige weitere Informationen die fürs Leitungsteam wichtig sind (Heimweh, Bettnässen, …)

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

**Gesundheitszustand:**

Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosis, Einnahmevorschrift):  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Sollen die Medikamente durch eine zuständige Leitperson verabreicht werden?  
□ JA □ NEIN

Allgemeine Abgabe von Medikamente aus der Lagerapotheke durch die Lagerleitung:   
□ Das Leitungsteam darf der teilnehmenden Personen unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbstständig verabreichen.

□ Das Leitungsteam darf der teilnehmenden Person ohne Rücksprache keine rezeptfreie Medikamente verabreichen. Ich bin/wir sind erreichbar unter der Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Das Leitungsteam dar der teilnehmenden Person keine rezeptfreie Medikamente verabreichen

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten & Unfälle, Psychische Erkrankungen, Operationen, Allergien):  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Äusserster Notfall:**

Mit der Unterschrift bestätige ich die **Einwilligung an die Leitung**, die nötigen Schritte für medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.

**Fotos:**

Mit der Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass während dem Bez-Pfila Fotos von meinem Kind gemacht werden dürfen. Die Fotos werden nach dem Lager auf einer geschützten Website (Zugang nur mit Passwort) für alle Lagerteilnehmenden ersichtlich sein.

**Rega Versicherung + BASPO:**

**Mit der Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die persönlichen Daten meines Kindes an das Bundesamt für Sport (BASPO) und die REGA übermittelt werden.**

Die Verarbeitung der Daten durch das BASPO in der nationalen Datenbank für Sport (NDS) ist notwendig, um die Ausrüstung und Zuschüsse für Jugend und Sport vom Bund zu erhalten.

Die Übermittlung der Daten an die REGA ermöglicht jeder Person, während der Dauer des Camps von der REGA-Deckung zu profitieren.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an die Abteilungsleiter\*in.

Ort, Datum: Unterschrift der Erziehungsberechtigten:

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