

Bitte vollständig ausfüllen und an deinen AL schicken!

# Notfallblatt für Aufbaukurse der Pfadi Region Innerschweiz

Aufbaukurs \_\_\_\_\_

Die Angaben auf diesem Notfallblatt dienen der Kursleitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während des Kurses. Die Kursleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Das Notfallblatt wird nach dem Kurs vernichtet.

**Achtung:** Die Versicherung ist Sache der Teilnehmenden.

Pfadiname/ Name/ Vorname:	_____
Adresse/ PLZ/ Ort:	_____
Telefonnummer (Festnetz und Natel):	_____
Geburtsdatum:	_____
Name/ Vorname des Inhabers bzw. der Inhaberin der elterlichen Gewalt:	_____

Kontaktadresse für Notfälle während des Kurses

Name/ Vorname/ Bezeichnung:	_____
Adresse/ PLZ/ Ort:	_____
Telefonnummer/ Natel:	_____

Unfallversicherung:	_____
Krankenkasse und Versichertennummer:	_____
Tel-Nr. bei Versicherungsmodell Telmed:	_____

Hausarzt:	_____
(Name/ Ort/ Telefonnummer Praxis)	_____

Bist du gegen Starrkrampf geimpft?  
 Nein       Ja      wann? \_\_\_\_\_

Bist du gegen FSME geimpft?  
 Nein       Ja

Bist du auf bestimmte Sachen allergisch? (Medikamente, Lebensmittel, Insekten, Pollen,...)  
 Nein       Ja      auf welche? \_\_\_\_\_

Leidest du an einer Krankheit oder hattest du schon Unfälle, die Konsequenzen für den Kurs haben könnten?  
(Diabetes, Asthma, Epilepsie, Operationen,...)  
 Nein       Ja      welche? \_\_\_\_\_

Musst du bestimmte Medikamente einnehmen?  
 Nein       Ja      welche? \_\_\_\_\_  
Nimmst du sie selbstständig ein?    Nein       Ja

Kannst du schwimmen?  
 Nein       Ja

Bist du Vegetarier?  
 Nein       Ja

Sonstige Anmerkungen, die für deine Gesundheit wichtig sind?  
 Nein       Ja      welche? \_\_\_\_\_

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift des Teilnehmenden: \_\_\_\_\_

Dies ist das Einverständnis für die Teilnahme der obigen Person am Kurs und die Einwilligung an die Kursleitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung im Notfall ohne vorherige Benachrichtigung zu veranlassen.

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift der Eltern: \_\_\_\_\_

