

Notfallblatt für Basiskurse der Pfadi Region Innerschweiz

Basiskurs _____

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?	_____
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja wann?	_____
Bist du gegen FSME geimpft?	_____
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Bist du auf bestimmte Sachen allergisch? (Medikamente, Lebensmittel, Insekten, Pollen,...)	_____
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja auf welche?	_____
Leidest du an einer Krankheit oder hattest du schon Unfälle, die Konsequenzen für den Kurs haben könnten? (Diabetes, Asthma, Epilepsie, Operationen,...)	_____
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja welche?	_____
Musst du bestimmte Medikamente einnehmen?	_____
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja welche?	_____
Nimmst du sie selbstständig ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Kannst du schwimmen?	_____
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Bist du Vegetarier?	_____
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____
Sonstige Anmerkungen, die für deine Gesundheit wichtig sind?	_____
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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: _____

