



Verband Christlicher  
Pfadfinderinnen und  
Pfadfinder  
**Land Nordrhein**

Die Heimatadresse der Eltern während der Veranstaltung lautet

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Die Ferienadresse der Eltern während der Veranstaltung lautet

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen:

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

## Gesundheitsbogen

Liebe Eltern, liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer!

Wir möchten Sie und Euch herzlich bitten, diesen Gesundheitsbogen gründlich durchzulesen und auszufüllen. Wir hoffen sehr, dass wir die erbetenen Angaben nie brauchen werden. Für eine gute gesundheitliche Betreuung sind sie ggf. jedoch unerlässlich.

### Angaben zur Teilnehmerin/ zum Teilnehmer

Vorname \_\_\_\_\_  
 Name \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_  
 PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
 Dieser Gesundheitsbogen betrifft das/die Lager/Fahrt/Freizeit  
 vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_  
 in \_\_\_\_\_

Blutgruppe:

Wenn bekannt: falls vorhanden, bitte eine Kopie des Blutpasses beilegen.

Sollte es bei der Veranstaltung zu kleineren Verletzungen kommen oder eine Krankheit auftreten, können uns die folgenden Angaben, übrigens auch bei älteren Jugendlichen, oft beträchtlich weiterhelfen.

Folgende Schutzimpfungen hat der/die Teilnehmer/in erhalten:

Kinderlähmung am:

Tetanus (sehr wichtig) am:

Diphtherie am:

FSME (Zeckenbissimpfung) am:

**Den Impfpass bitte bei der Leitung abgeben!**

## Die Krankenversicherung

Name und Vorname  
der/des Stammversicherten:

Name der Krankenkasse:

Firma/Arbeitgeber:

Beschäftigt als:

**Die Krankenversicherungskarte und bei Auslandsaufenthalten zusätzlich den für das jeweilige Land geltenden Auslands-  
krankenversicherungsschein bitte bei der Gruppenleitung abgeben!**

Meine Tochter/ mein Sohn leidet/leidet nicht an einer ansteckenden Krankheit.

Folgende Anfälligkeiten/Krankheiten sind bekannt (z. B. Asthma, Allergien, Diabetes, Herzfehler):

Es müssen regelmäßig folgende Medikamente eingenommen werden (Zeitangabe, wenn erforderlich). Medikamente bitte bei der Gruppenleitung abgeben, auch wenn sie normalerweise selbstständig eingenommen werden; ansonsten besteht z. B. auch die Gefahr von missbräuchlicher Einnahme durch andere Teilnehmer/innen

Mein/e Sohn/Tochter ist (k)ein Bettnässer.

Folgende Behinderungen sind zu beachten (z. B. Brille, Zahnregulierung):

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Tochter/  
mein Sohn am Schwimmen teilnehmen darf: Ja / nein

Er/sie ist Schwimmer Ja / nein

Sonstige Sportarten sind gestattet Ja / nein  
(Bergtouren, Segeln): Kanu, Klettern, div. mobile Seilbauten

Ort

Datum

Unterschrift