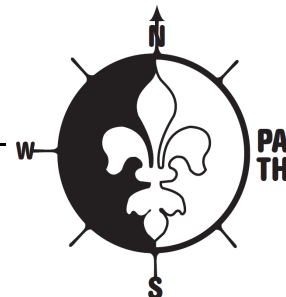


# Pfadiabteilung Thayngen – Notfallblatt Teilnehmer



Die Angaben auf diesem Notfallblatt dienen der Lagerleitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während des Lagers zum schnelleren Entscheid über die zu treffenden Maßnahmen und zur Benachrichtigung der Eltern. Die Lagerleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln.

**Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass die Teilnehmenden während des Lagers nicht gegen Unfall und Krankheit versichert sind. Die Versicherung ist Sache der Teilnehmenden.**

*Bitte leserlich ausfüllen!*

## 1. Personalien

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

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

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

Name und Vorname(n) des Inhabers bzw. der Inhaberin der elterlichen Gewalt:

\_\_\_\_\_

## 2. Kontaktadresse in der Schweiz oder Ferienadresse der Eltern

Name/Bezeichnung:

\_\_\_\_\_

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

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

## 3. Private Versicherungen (Name der Gesellschaft und Nummer der Police)

Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

Unfallversicherung:

\_\_\_\_\_

Gönner der Schweizerischen Rettungsflugwacht:  Ja /  Nein

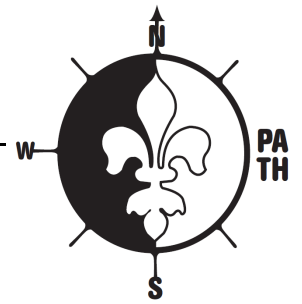
Rega-Ausweis-Nr.: \_\_\_\_\_

## 4. Hausarzt

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

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

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



## 5. Medikation im Lager, Notfälle und allg. Gesundheitszustand

Regelmässig oder unregelmässig einzunehmende Medikamente

(Wir bitten um genaue Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift):

---

---

---

Sollen diese Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden?  JA  NEIN

### Allgemeine Abgabe von Medikamenten aus der Lagerapotheke durch die Lagerleitung:

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

Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer ohne Rücksprache keine rezeptfreien Medikamente verabreichen. Ich bin / wir sind erreichbar unter folgender Nummer: \_\_\_\_\_

Darüber hinaus nehme ich jedoch zur Kenntnis, dass die Lagerleitung bei medizinischen Notfällen umgehend die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung veranlasst. Dies geschieht im äussersten Notfall auch ohne die vorherige Benachrichtigung der Erziehungsberechtigten.

### Allgemeiner Gesundheitszustand und Allergien

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Allergien):

---

---

---

Bekannte Allergien: \_\_\_\_\_

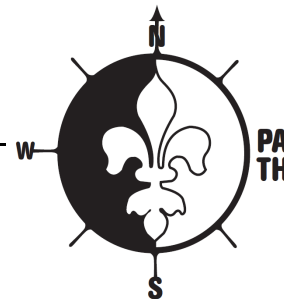
---

Hinweise an die Lagerküche:

---

---

---



## 6. Diverses

### Schwimmen

Kann Ihr Kind schwimmen?  Ja  Nein

Wenn Ja:  Anfänger  Fortgeschritten (bis 300m)  Könnner (bis 1000m)

### Datenschutz

Die Teilnahme am Lager setzt voraus, dass die Pfadiabteilung Thayngen die Anmelde­daten an den Pfadibund Schweiz, das Bundesamt für Jugend und Sport sowie der Schweizerischen Rettungsflugwacht (Rega) weitergeben kann.

Die Abteilung verwaltet ihre Lager in der Mitglieder­datenbank der Pfadibewegung Schweiz und der J&S SPORTdb, auf Anfrage kann Einsicht in die über Ihr Kind gespeicherten Daten gewährt werden.

Die Angaben aus diesem Notfallblatt werden ausschliesslich den verantwortlichen Leitenden zur Kenntnis gebracht und in einem Notfall dem behandelnden medizinischen Personal. Nach dem Lager wird dieses Notfallblatt umgehend vernichtet.

Ich bin mit der oben beschriebenen Verwendung der Daten einverstanden. *(Ohne dieses Einverständnis ist eine Teilnahme am Lager nicht möglich)*

Im Lager werden Fotos gemacht, auf denen ggf. einzelne Mitglieder der Pfadiabteilung Thayngen wiedererkannt werden könnten. Sind Sie einverstanden, dass Fotos von Ihrem Kind archiviert und ggf. in Print- und/ oder Digitalmedien veröffentlicht werden?

Ja:  Nein:

## 7. Bestätigung/Einwilligung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Angaben auf diesem Notfallblatt zur Kenntnis genommen zu haben sowie die Richtigkeit aller oben gemachten Angaben.

Diesem Notfallblatt sind folgende Unterlagen in einem unverschlossenen Couvert beizulegen:

- Kopie Impfausweis
- Kopie Krankenversichertenkarte

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