



Persönliches Informationsblatt

Sommerlager 2023 in Rueras (GR)
Jungwacht Therwil



Personalien

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Telefon:
Strasse: PLZ / Ort:

Kontaktadresse während des Lagers (Angaben einer Kontaktperson, die das Kind in einem Notfall während dem Lager abholen könnte)

Name: Telefon:

Versicherung / Krankenkasse

AHV-Nummer
Unfall- / Krankenversicherungsnummer:

Hausarzt

Name	Telefon	Name	Telefon
<input type="checkbox"/> Dr. Beutler	061 721 71 35	<input type="checkbox"/> Dr. Troendle	061 721 10 10
<input type="checkbox"/> Dr. Freiburghaus	061 721 60 50	<input type="checkbox"/> Dr. Kessler	061 721 13 31
<input type="checkbox"/> Dr. Guldemann / Dr. Zimmermann	061 722 08 40	<input type="checkbox"/> Dr. Dettwiler	061 721 46 00
<input type="checkbox"/>			

Medikamente

Musst du regelmässig oder unregelmässig Medikamente einnehmen?

Ja Nein

Welche, wie viel und wann?

.....
.....
.....



Allergien

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Lebensmittel |
| <input type="checkbox"/> Sonnenallergie | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Bienenstich | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
-

Krankheiten (Leidet ihr Kind an einer der folgenden Krankheit? Wenn ja, an welcher?)

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Chronische Atemwegserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Immunschwäche | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
-

Wenn ja: Sprechen Sie eine Lagerteilnahme bitte mit dem (Kinder-)Arzt bzw. der (Kinder-)Ärztin ab und treffen Sie aufgrund der Absprachen eine Entscheidung zur Teilnahme.

Allgemeines

- Kannst du schwimmen? Ja Anfänger Nein
- Bist du Vegetarier? Ja Nein

Muss der zuständige Leiter der Lagerapotheke noch etwas wissen?

Datum

Unterschrift

Dieses Blatt bitte **vollständig** und **wahrheitsgetreu** ausfüllen. Falls du eine Krankheit hast, bitten wir dich, unseren Lagerapotheker **frühzeitig zu informieren**.

Die **Versicherung** ist Sache der Teilnehmer.

Bitte gib dieses Blatt ausgefüllt mit einer Kopie deiner Krankenkasskarte und deinem Impfausweis bis zum 18. Juni deinem Leiter ab oder lege es in unseren Briefkasten (Hinterkirchweg 33). Falls du es schon abgegeben hast, kannst du dieses Blatt ignorieren.

Bei Fragen: Nik Feigenwinter (Lagerapotheker) Tel. **078 721 80 29**

Bitte alle Medikamente in der **Originalverpackung** und mit dem **Namen versehen** an der Kofferabgabe abgeben.

Die Angaben auf diesem Informationsblatt dienen nur der Lagerleitung bei allfälligen unvorgesehenen Vorkommnissen während dem Lager, zum schnelleren Entscheid über die zu treffenden Massnahmen und zur Benachrichtigung der Kontaktpersonen.

Die Lagerleitung verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln.