



## Gesundheitsbogen DPSG Stamm Eichstätt Dom

Stamm Eichstätt Dom  
deutsche pfadfinderschaft sankt georg



### Persönliche Daten:

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Geboren am/ in: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichert über (Selbst, Vater, Mutter): \_\_\_\_\_

**Gruppierungsnummer:**

000/502/0100

**Gruppierungsname:**

Stamm Eichstätt Dom

**Vorstand**

Sofia Walle,  
Jonas Schramm

**Telefonnummer:**

0176 432 761 58

**E-Mail-Adresse:**

stavo@pfadfinder-eichstaett.de

**Homepage:**

www.pfadfinder-eichstaett.de



### Wer ist im Notfall zu verständigen?

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Festnetz: privat: \_\_\_\_\_

Handy privat: \_\_\_\_\_

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

**Muss der Teilnehmer regelmäßig Medikamente einnehmen?** Ja

Nein

Wenn ja, bitte folgendes ausfüllen:

Medikament:	Einnahmezeit/en:	Dosierung:

**Soll die Einnahme durch einen Betreuer überwacht werden?** Ja

Nein

Während Zeltlagern

Bitte wenden! →

**Sind Allergien bekannt?**

Ja

Nein

Wenn ja, welche (Lebensmittel, Medikamente, Pollen, etc.):

---

**Sind sonstige Krankheiten bekannt?**

Ja

Nein

Wenn ja, welche (Asthma, Diabetes, etc.):

---

**Schutzimpfungen:**

Tetanus	<input type="checkbox"/> Ja,	(Datum)	<input type="checkbox"/> Nein
Diphtherie	<input type="checkbox"/> Ja,	(Datum)	<input type="checkbox"/> Nein
Polio	<input type="checkbox"/> Ja,	(Datum)	<input type="checkbox"/> Nein
Zecken	<input type="checkbox"/> Ja,	(Datum)	<input type="checkbox"/> Nein

**Mein Kind hat folgende Unverträglichkeiten:** \_\_\_\_\_

Mein Kind ist  Vegetarier  Veganer

---

**Sonstige Hinweise:**

---

**Wir verpflichten uns bei einer Änderung des Gesundheitszustandes die zuständigen Gruppenleiter über die Änderungen zu informieren und gegebenenfalls einen neuen Gesundheitsbogen auszufüllen.**

Mir ist bekannt, dass für Unfälle, die durch höhere Gewalt, Ungehorsam oder Übertretung der Gruppenregeln eintreten, keine Verantwortung übernommen werden kann.

Für die Zeit, in der mein Kind in Gruppenstunden oder auf Freizeiten unter der Aufsicht der Gruppenleiter steht lege ich es in das Ermessen der Gruppenleiter, ob mein Sohn/ meine Tochter, im Falle eines Unfalles oder bei Krankheit behandelt/geimpft werden soll (falls eine Rücksprache mit den Eltern möglich ist, wird das auf jeden Fall geschehen).

---

**Ort, Datum, Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten**

