

## Gesundheitsbogen

Bitte gewissenhaft und vollständig ausfüllen und jede Seite mit dem Namen des Kindes/Jugendlichen beschriften! Unvollständige Gesundheitsbögen werden nicht angenommen. Diese Daten sind besonders wichtig für unsere Betreuer\*innen und für unsere Sanitäter\*innen, um im Notfall rechtzeitig und richtig reagieren zu können.

### ♥ Kind/Jugendliche\*r:

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Straße, Nr: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### ♥ Erziehungsberechtigte\*r:

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

Telefon: \_\_\_\_\_ (Erziehungsberechtigte\*r 1)

Telefon: \_\_\_\_\_ (Erziehungsberechtigte\*r 2)

### ♥ Haupt-Versicherte\*r:

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_ Krankenkassa: \_\_\_\_\_

Dienstgeber\*in mit Adresse: \_\_\_\_\_

### ♥ Hausarzt\*ärztin/ Kinderarzt\*ärztin:

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

### ♥ Notfall-Kontakt: falls die/der Erziehungsberechtigte\*n nicht erreichbar ist/sind, dürfen wir im Notfall folgende Personen kontaktiert werden und mein Kind vom Feriencamp abholen

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

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

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen zur Gesundheit der Teilnehmer\*in**

♥ **(chronische) Erkrankungen:** leidet das Kind an Erkrankungen von...? Bzw. war das Kind erkrankt an:

Erkrankung(en)	JA	NEIN	wenn JA - Jahr	Wenn JA – welche Erkrankung(en)
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mund/Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Atemwege/Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Magen/Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gehirnhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bettnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

♥ Impfkartenkopie liegt:  bei  nicht bei (wenn die Impfkartenkopie nicht beiliegt bitte folgende Tabelle ausfüllen)

Impfschutz	Nein	Ja	Zeitpunkt letzte Impfung	Anmerkungen
♥ FSME (Zecken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
♥ Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Sinne der Gesundheit des Kindes und um Komplikationen zu vermeiden, die Kopie der Impfkarte beizulegen ist. Die Roten Falken Niederösterreich/Kinderfreunde Niederösterreich übernehmen keinerlei Haftung für eine fehlende Impfkartenkopie. Falls das Kind wichtige Medikamente einnehmen muss, bitte diese Informationen auf das Formular „**Ärztliche Verordnung für die Verabreichung von Medikamenten**“ angeben!

♥ Mein Kind ist allergisch gegen (Penicilin, Medikamente, Insektenstich, Pollen, etc.):  
 -----  
 -----  
 -----

♥ Mein Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten (Laktose, Weizenmehl etc.):  
 -----  
 -----  
 -----

♥ Wie äußert sich die Allergie?  
 -----  
 -----

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_

- ♥ Mein Kind verwendet „Hilfsmittel“ (z.B. Brille, Zahnspange, etc.):

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Anwendung: \_\_\_\_\_

- ♥ Sonstige wichtige gesundheitliche Informationen?

-----  
-----  
-----

### **Wichtige Verhaltensweisen/ Informationen**

- ♥ Besondere Essgewohnheiten:  vegetarisch  kein Schweinefleisch  vegan

- ♥ Mein Kind ist:  Schwimmer\*in  Nicht-Schwimmer\*in

- ♥ Folgendes solltet ihr über das Verhalten meines Kindes wissen (spezifische Verhaltensweisen, Verhalten in der Gruppe, Umgang mit anderen Kindern, etc.)

-----  
-----  
-----

- ♥ Gibt es besondere Lebensbedingungen bzw. Informationen über die aktuelle Lebenssituation des Kindes, die für die Betreuung vor Ort relevant sind? (Trennung der Eltern, Verlust einer Bezugsperson, etc.)

-----  
-----  
-----

- ♥ Das sollte in der Betreuung meines Kindes berücksichtigt werden (besondere Bedürfnisse, Essverhalten, Bettnässer\*in, Heimweh, etc.)

-----  
-----  
-----

Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit den Vertragsvereinbarungen der Roten Falken Niederösterreich/ Kinderfreunde Niederösterreich einverstanden. Sowie, dass alle notwendigen ärztlichen (Notfall-) Maßnahmen, während der Dauer des Feriencamps durchgeführt werden dürfen. Bei unvollständigen oder unrichtigen Angaben lehnen die Roten Falken Niederösterreich jegliche Haftung für persönliche Nachteile wie Folgeerscheinungen bzw. -krankheiten ab. Bitte beachtet, dass bei Nichtangaben von Krankheiten oder chronischen Leiden des Kindes oder beim Auftreten von gesundheitlichen Problemen während des Ferienaufenthaltes wir leider gezwungen sind euch zu ersuchen, das Kind von Ferienturnus abzuholen bzw. die anfallenden Kosten für die Fahrt und der Begleitperson zu übernehmen. Die Roten Falken Niederösterreich behalten sich das Recht vor, bei auftretenden Missständen während des Ferienaufenthaltes aufgrund von unkorrekten und unvollständigen Angaben den Aufenthalt für das betreffende Kind abzubrechen.

**Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r:** \_\_\_\_\_