

# Medizinische Angaben der Teilnehmenden



Liebe Erziehungsberechtigte

Wir hoffen auf ein grossartige, unfallfreie Übernachtungsparty. Für den Notfall möchten wir jedoch gewappnet sein und bitten Sie deshalb, das folgende Formular auszufüllen. Bitte unbedingt beim Beginn des Scharanlass Lavinia oder Elise abgeben.

## Personalien

Name:
Adresse:
Geburtsdatum:
Krankenkasse:
Unfallversicherung:
AHV-Nummer:
Versicherungsnummer:

## Name + Telefonnummer der zu benachrichtigende Person bei einem Notfall

Name:
Telefonnummer:

## Hausarzt

Name und Adresse:
Telefon Praxis:

Bekannte **Allergien** (Heuschnupfen, Sonnen-, Bienenstich-, etc.)

---

**Medikamente**, die während dem Scharanlass eingenommen werden müssen:

---

Besondere Hinweise an die **Küche** (Vegetarier, Nahrungsmittelallergien,...)

---

Gibt es sonst **Spezielles** zu beachten: (Bettnässer, häufige Kopfschmerzen,...)?

---

Am Scharanlass wird eine kleine Apotheke zur Verfügung gestellt sein, die rezeptfreie Medikamente und Wundversorgungsmaterialien enthält. Wir (die Erziehungsberechtigten) sind einverstanden, dass unser Kind bei Bedarf Medikamente aus dieser Apotheke erhält. Zudem darf die Leitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung veranlassen.  
Versicherung ist Sache des Teilnehmers.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_