

# Sommerlager Datenblatt 2025

(inklusive medizinischer Daten)

## Persönliche Daten:

Vorname / First name:	Nachname / Last name:	
Geburtsdatum / birth date:	Geburtsort / place of birth:	
Pfadfinderstamm:	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass	Nummer:

## Adresse des/r Personensorgeberechtigten während des Lagers / Wer ist im Notfall zu verständigen / legal guardians:

Vorname / First name:	Familiename / Last name:	
Straße/Hausnummer:		
PLZ:	Ort:	
Telefonnummer tagsüber / phone number (during the day):	Telefonnummer abends / phone number (during the night):	

## Sollten wir nicht erreichbar sein, bitten wir, die folgende Person zu benachrichtigen:

Name:	Telefonnummer:
-------	----------------

Krankenkasse / health insurance:	Versichertennummer / insurance number:
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert / legally insured <input type="checkbox"/> privat versichert / privately insured	
Hausarzt:	
Datum der letzten Tetanusimpfung / last tetanus vaccination:	

## Einverständniserklärung zur Medikation / Consent to medication

Name und Wirkung des Medikaments/der Medikamente:	
<input type="checkbox"/> Der/Die Teilnehmer/in nimmt die Medikamente selbstständig ein	<input type="checkbox"/> Ich beauftrage das Team, das Medikament/die Medikamente im Bedarfsfall auszugeben, den/die Teilnehmer/in bei der Anwendung zu unterstützen
Im Falle folgender Symptome/Geschehnisse ist das Medikament zu geben:	
Notizen zu Gebrauch/Dosierung/ Lagerung:	
_____ wurde/ wird in den Gebrauch/ die Dosierung des Medikamentes eingewiesen.	

# Sommerlager Datenblatt 2025

(inklusive medizinischer Daten)

## Besondere Hinweise / Special instructions

(Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten, Heimwehneigung, Besonderheiten bei der Ernährung...)

- Asthma       Diabetes       Epilepsie       ADHS / ADHD       Jod
- Wespen-/Bienenstiche /wasp sting       Gluten       Laktose / lactose       Nüsse /nuts
- Vegetarisch / vegetarian       Vegan
- Medikamente / medication      Welche / which? \_\_\_\_\_
- Allergien / allergy      Welche / which? \_\_\_\_\_
- Sonstige Lebensmittelunverträglichkeiten / Other food intolerance:

Die Unverträglichkeit/Allergie ruft folgende Symptome hervor:

---

---

---

Weitere Besonderheiten / More informations (z.B. häufige Kopfschmerzen, Bettnässer, ...):

---

---

Ohne Ihre Zustimmung ist es uns per Gesetz nicht erlaubt Ihrem Kind Medikamente zu verabreichen. Unsere jahrelange Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass es in bestimmten Alltagssituationen möglich ist, vor Ort, ohne ärztlichen Beistand, Medikamente kurzfristig zu verabreichen. Bei unklaren Krankheitsbildern wird natürlich ärztlicher Rat hinzugezogen.

Ich stimme der Verabreichung folgender Medikamente zu:

- Fenistil / Systral (Mückenstiche, Sonnenbrand)
- Voltaren / Heparin (Verstauchungen/Prellungen)
- Betaisodonna / Octinisept (kleine Wundversorgung, Schürfwunden)
- Sonnencreme/-milch

Ich stimme der Entfernung von Zecken und Fremdkörpern (wie Splitter etc.) zu  
(Zeckenbisse werden dokumentiert und mit diesen Unterlagen zu ihrer Info wieder an sie weitergeleitet.)

Hiermit erteile/n wir/ich der Freizeitleitung die Vollmacht, im Notfall die Genehmigung für eine dringende ärztl. Maßnahme (auch im Ausland) für unser Kind zu geben, falls die Zustimmung der/des Sorgeberechtigten nicht rechtzeitig eingeholt werden kann.

English: If I cannot be contacted, I agree with my child being given any medical treatment it may need.

Ja / Yes       Nein / No

- Ist derzeit nicht in ärztlicher Behandlung / Is not in a medical treatment
- Ist derzeit in ärztlicher Behandlung mit folgendem Befund / Is in medical treatment with the following medical findings:

Einzuhaltende Diät/spezielle Kost / diet to be followed/special diet:

---

---

Wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit unserer Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten oder  
volljährigen Lagerteilnehmers/in