### Notfallinformationsblatt für Kabaganer

## **Personalien**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Geburtsdatum: |  | Heimatort: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adresse: |  | PLZ, Ort: |  |

1. **Kontaktadresse für Notfälle**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adresse: |  | PLZ / Ort: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Telefon: |  | Mobile: |  |

1. **Hausarzt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  | Vorname: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adresse: |  | PLZ / Ort: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon Praxis: |  |

1. **Private Versicherung**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Krankenkasse+Nr |  | REGA Gönnerschaft: | Ja |  | Nein |  |

1. **Gesundheitszustand**

|  |
| --- |
| Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten oder Unfälle, Allergien): |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Regelmässig einzunehmende Medikamente: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sollen Medikamente durch die Leitung verabreicht werden: | Ja |  | Nein |  |

|  |
| --- |
| Hinweise an die Leitung (z.B. Vegetarier, Nahrungsmittelallergie, Heimweh, Bettnässen): |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nichtschwimmer |  | Anfänger |  | Fortgeschritten (bis 300m) |  | Könner (bis 1000m) |  |

Allgemeine Abgabe von Medikamenten aus der Apotheke durch die Leitung:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbständig verabreichen. |
|  | Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer ohne Rücksprache keine rezeptfreien Medikamente verabreichen |

Die Angaben auf diesem Notfallinformationsblatt dienen der Leitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während der Pfadiaktivität. Die Leitung verpflichtet sich diese Angaben vertraulich zu behandeln Die Teilnehmenden sind durch die Pfadi nicht gegen Unfall und Krankheit versichert; die Pfadi lehnt jede Haftung ab. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

**Dies ist meine Einwilligung an die Leitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige Benachrichtigung zu veranlassen.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum, Unterschrift der Eltern: |  |