



Gesundheitsblatt GuSp

Vor- und Nachname des Kindes:

Sozialversicherungsnummer des Kindes:

Sozialversicherungsnummer der/des Hauptversicherten:

Name der/des Hauptversicherten:

Versicherungsanstalt:

Blutgruppe des Kindes:

Wohnadresse:

Unter folgender Telefonnummer ist einE ErziehungsberechtigteR während des gesamten Lagers erreichbar:

Welche Infektionskrankheiten hatte das Kind schon? (wenn ja bitte mit Datum)

Masern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Scharlach	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Mumps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Röteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Schafblattern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere:.....					

Wann wurde zum letzten Mal geimpft?

Diphtherie:

Kinderlähmung (Polio):

Wundstarrkrampf (Tetanus):

Zecken (FSME):

Kinderlähmung (Polio):

Keuchhusten (Pertussis):

Masern-Mumps-Röteln:

Hepatitis A:

Hepatitis B:

Windpocken (Schafblattern, Varicellen):

Andere:

Welche Operationen sind erfolgt?

Blinddarm (Appendix)	<input type="checkbox"/> ja wann:	<input type="checkbox"/> nein	Leistenbruch	<input type="checkbox"/> ja wann:	<input type="checkbox"/> nein
Mandeln	<input type="checkbox"/> ja wann:	<input type="checkbox"/> nein	Andere:		

Bestehen Folgen eines Unfalls? ja nein

Wenn ja, welche:



Südbahnstraße 100
A-8020 Graz
IBAN: AT66 2081 5000 0495 0895
BIC: STSPAT2GXXX
ZVR: 449946615
www.graz10.at

**STEIRISCHE PFADFINDER
UND PFADFINDERINNEN**
Gruppe Graz 10





Es besteht eine Lebensmittel-Unverträglichkeit: ja nein
Wenn ja, welche und was ist zu beachten:

Ist eine regelmäßige Medikamenteneinnahme erforderlich? ja nein
Wenn ja, Name des Medikaments, Zweck, Dosierung und Zeitpunkt der Einnahme:

Weiters ist zu beachten: (Brille, Zahnsperre, zusätzliche Anmerkungen,)

Es bestehen:

Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fieberkrampf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere:		

Allergien Ja Nein
(wenn ja, welche – unten anführen) (Insekten, Tiere, Lebensmittel, Ekzem, Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen bestimmte Stoffe)

Ich stimme zu, dass das Kind im Falle einer unerwarteten, dringend notwendigen Operation

eine Narkose erhält: Ja

eine Bluttransfusion erhalte: Ja

Besteht eine Allergie gegen Penicillin? ja nein unbekannt

Besteht eine Allergie gegen andere Medikamente bzw. eine Medikamenten-Unverträglichkeit?

Nein

Ja, gegen folgende:

Schwimmen: geübter Schwimmer ungeübter Schwimmer Nichtschwimmer

Mein Kind darf unter Aufsicht der Führer schwimmen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die verantwortlichen Führer keine ausgebildeten Rettungsschwimmer sind.

Mein Kind darf unter Aufsicht der Führer nicht schwimmen.

Radfahren: Radfahrer kann nicht Radfahren ungeübter Radfahrer

Mein Kind darf unter Aufsicht der LeiterInnen Radfahren.

Mein Kind darf auch ohne Aufsicht der LeiterInnen Radfahren.

Mein Kind darf unter Aufsicht der LeiterInnen nicht Radfahren.

.....
Datum und Ort

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten



Südbahnstraße 100
A-8020 Graz
IBAN: AT66 2081 5000 0495 0895
BIC: STSPAT2GXXX
ZVR: 449946615
www.graz10.at

**STEIRISCHE PFADFINDER
UND PFADFINDERINNEN**
Gruppe Graz 10

