

Vulgo: \_\_\_\_\_

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

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

Geb.datum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Tel.Privat: \_\_\_\_\_ Natel Kind: \_\_\_\_\_

Namen Eltern: \_\_\_\_\_

e-Mail Eltern: \_\_\_\_\_

**Notfallnummer** Eltern (Natel): \_\_\_\_\_

Zweite „Notfallperson“ und Notfallnummer (Götti, Gotti, Grosseltern oder Ähnliches: jemand, der das Kind sehr gut kennt):

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

**Versicherungen**

Unfallvers.: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Haftpflichtvers.: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Hausarzt** (evtl. auch behandelnder Spezialarzt):

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

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

Letzte Tetanus-Impfung: \_\_\_\_\_

Genauere Diagnose der Behinderung:

Nebendiagnosen wie Epilepsie, Diabetes, Herzkrankheiten, etc.:

Was muss speziell berücksichtigt werden? (z.B. Vorzeichen bei einem epileptischem Anfall)

Hatte Ihr Kind schon grössere Operationen (z.B. am Herz, Ventil, bei Hydrocephalus, etc.) oder längere Hospitalisationen?

Hat Ihr Kind Allergien und/oder jemals auf ein Medikament allergisch reagiert? Wenn ja, welches?

Wie muss bei einem medizinischen Notfall bei Ihrem Kind spezifisch reagiert werden?

Hat Ihr Kind Medikamente? Wirkungsweise? Welche Dosierung? Anwendungsweise? (z.B. Phenytoin/gegen Epilepsie/50 mg 1x tägl./mit Flüssigkeit einnehmen)

Welche Medikamente darf Ihr Kind **nicht** einnehmen?

Besonderheiten, Anliegen, Anregungen, etc.

Die Erziehungsberechtigten sind verantwortlich, uns allfällige Änderungen mitzuteilen.

**Versicherung während allen Übungen und Lagern ist Sache der TeilnehmerInnen.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_