

## Notfallblatt Pfadi Worb



**Achtung:** 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. Das Notfallblatt wird vertraulich behandelt und nach dem Lager vernichtet.

### Personalien

Pfadiname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_  
Klasse: \_\_\_\_\_  
Stufe: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Zugabonomment: \_\_\_\_\_  
(1/2 Tex, GA, Libero Zonen usw.)

Name, Vorname der/s Inhaber\*in der elterlichen Obhut: \_\_\_\_\_

### Kontaktadresse für Notfälle während dem Lager

Name und Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

### Private Versicherung

Krankenkassenname: \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr: \_\_\_\_\_  
REGA-GönnerIn: JA ☐ NEIN ☐

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_  
Telefon Praxis: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Schwimmvermögen:** NichtschwimmerIn ☐ AnfängerIn ☐ Fortgeschritten ☐

### Gesundheitszustand / Bemerkungen

Allgemeines: \_\_\_\_\_  
VegetarierIn: JA ☐ NEIN ☐

Nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Allergien, besonderes Verhalten, Hinweise an die Küche:

---

---

### Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Dosierung, Einnahmевorschrift):

Sollen die Medikamente durch die Lagerleitung verabreicht werden? JA ☐ NEIN ☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich dieses Informationsblatt gelesen und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben. Ebenso ist dies meine Einwilligung an die Leitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu Veranlassen.

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