



>>< Gesundheitsbogen Sommerlager 2023
(Bitte ausfüllen und bei Fahrtbeginn dem Gruppenleiter aushändigen)

DPSG Jugendheim
Stamm „Ulrich von Münzenberg“
Lindenstraße 6
64342 Seeheim-Jugendheim

Name TeilnehmerIn: _____

1. Unser Kind hat folgende Krankheiten:

2. Folgende Anfälligkeiten und/oder Allergien sind bekannt:
(z.B. Asthma, Heuschnupfen, Medikamente)

- | | | |
|--|--------|----------|
| a) Ungewöhnliche Reaktion auf Insektenstiche | Ja [] | Nein [] |
| b) Besondere Neigung zu Kopfschmerzen | Ja [] | Nein [] |
| c) Kreislaufbeschwerden | Ja [] | Nein [] |
| d) Atembeschwerden | Ja [] | Nein [] |
| e) Licht-/Sonnenempfindlichkeit | Ja [] | Nein [] |
| f) Nahrungsmittelunverträglichkeit (welche?) | Ja [] | Nein [] |

3. Es müssen regelmäßig folgende Medikamente in angegebener Dosis eingenommen werden:

Fahrtenleitung:

Lisa Allen
Waldstraße 7
64342 Seeheim-Jugendheim
lisa.a@dpsg-jugendheim.de

Ephrahim Kaether
Burkhardtstraße 41
64342 Seeheim-Jugendheim
ephrahim.k@dpsg-jugendheim.de

www.dpsg-jugendheim.de

Medikamente müssen in **Originalpackung und mit Beipackzettel** vor Abreise beim Leitungsteam abgegeben werden. Sollte Ihr Kind schon während der Fahrt Medikamente einnehmen müssen, so teilen Sie dies den GruppenleiterInnen bitte vor Fahrt mit!

4. Im Falle von Insektenstichen dürfen die Mitglieder des Leitungsteams z. B. Zecken oder Stacheln entfernen und/oder lindernde Salben auftragen.

Ja [] Nein []

Bemerkungen:

5. Besondere Hinweise an das Leitungsteam:
(z.B. Schlafstörung, Heimweh, Kopfschmerzen)

6. Die Kopie des Impfausweises und die Krankenkassenkarte liegen bei.
7. Wir sind uns bewusst, dass unser Kind bei Alkohol- oder Drogenmissbrauch auf unsere Kosten nach Hause geschickt werden kann.
8. Wir haben die o.g. Punkte gelesen und vollständig ausgefüllt.
Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichen, legen wir ein gesondertes Blatt bei!

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Sollte Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, so bitten wir Sie, dies möglichst durch die Unterschrift Ihrer/Ihres Hausärztin/Hausarztes bestätigen zu lassen:

Hiermit bestätige ich, Herr / Frau _____
dass die oben genannten Angaben der Eltern zur regelmäßigen Einnahme der Medikamente und deren Dosierung (s. Punkt 3) zutreffend sind.

Ort, Datum

Unterschrift Hausarzt/Hausärztin,
Stempel