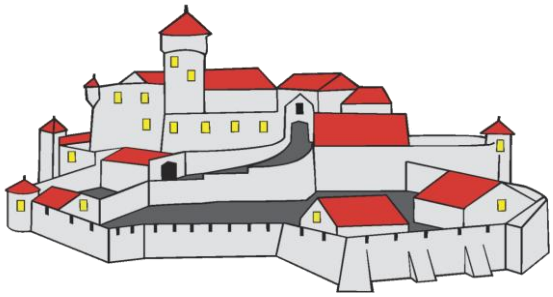

Deutsche Pfadfinderschaft Sankt Georg, Stamm **„Ulrich von Münzenberg"** Seeheim, den 17.07.2026

Gesundheitsbogen Sommerlager 2026
(Bitte ausfüllen und bei Fahrtbeginn dem Gruppenleiter aushändigen)

DPSG Jugenheim
Stamm „Ulrich von Münzenberg"
Alexanderstraße 10
64342 Seeheim-Jugenheim

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:

Medikamente müssen in **Orginalpackung 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!

Fahrtenleitung:

Maurice Dieter
Sudetenstraße 4
64342 Seeheim-Jugenheim
maurice.d@dpsg-jugenheim.de

www.dpsg-jugenheim.de

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 vorgegeben 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