

Gesundheitsbogen

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Die Informationen sind für uns ein wichtiger Bestandteil für die professionelle Vorbereitung des Ferienaufenthalts ihres Kindes. Bitte geben Sie daher den ausgefüllten Bogen mindestens 1 Monat vor Aufenthaltsbeginn (am besten gleich bei der Anmeldung) im Ferienbüro oder bei einer Ortsgruppe der Kinderfreunde ab. Sollten sich diesbezüglich Änderungen ergeben, ersuchen wir sie diese uns umgehend bekannt zu geben.

Für Nachteile durch unvollständige oder unrichtige Angaben lehnen die Kinderfreunde jede Haftung ab. Bitte beachten Sie, dass bei Nichtangabe von Krankheiten oder chronischen Leiden Ihres Kindes, oder beim Auftreten von gesundheitlichen Problemen während des Ferienaufenthaltes wir leider gezwungen sind, Sie zu ersuchen, Ihr Kind vom Ferienturnus abzuholen bzw. die anfallenden Kosten für Fahrt und Begleitperson zu übernehmen! Die Kinderfreunde versichern, dass alle Angaben vertraulich behandelt werden - die Informationen werden ausschließlich den für Ihr Kind zuständigen MitarbeiterInnen (TurnusleiterIn, BetreuerIn, Krankenpflegepersonal) zur Verfügung gestellt! Für England und Malta werden gesondert Formulare zugesandt.

Achtung!

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen spätestens vier Wochen vor Aufenthaltsbeginn im Ferienbüro der Kinderfreunde ab (Schlossergasse 4, 8010 Graz oder schicken Sie diesen per E-Mail an ferien@kinderfreunde-steiermark!

Name des Kindes: Geburtsdatum:

Anschrift: Krankenkasse :

Name des Versicherten:

♥ Mein Kind ist allergisch gegen (z.B. Penicillin, bestimmte Lebensmittel, Insektenstich, Pollen, ...):

.....

♥ Wie äußert sich die Allergie?

.....

♥ Wenn eine allergische Reaktion auftritt, müssen folgende Maßnahmen gesetzt werden:

.....

♥ Mein Kind muss Medikamente einnehmen (z.B. wegen Eisenmangels, Kreislaufproblemen, Epilepsie,...):

→ Bitte genaue Dosierung angeben!

Welche/Grund: Wie oft?

Welche/Grund: Wie oft?

Welche/Grund: Wie oft?

Zur Verabreichung von Medikamenten benötigen wir eine ärztliche Verordnung! Bitte verwenden Sie dafür das im Ferienkuvert enthaltene Formular.

♥ Mein Kind muss andere „Hilfsmittel“ verwenden (z.B. Zahnspange, Brille,...):

Welche: Wie oft?

- ♥ Mein Kind ist: SchwimmerIn NichtschwimmerIn
- ♥ Essensgewohnheiten: Fleisch Vegetarisch kein Schweinefleisch
- ♥ Mein Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten (z.B. Weizenmehl, Laktose,...):

.....

Intakter Impfschutz	Nein	Ja	Zeitpunkt letzte Impfung?	Anmerkungen:
♥ FSME				
♥ Tetanus				
♥ Masern-Mumps-Röteln (2fach-Impfschutz)				

Bitte Kopie des Impfpasses beifügen.

Operationen und Krankheiten	Nein	Ja	Wann?	Anmerkungen:
♥ Hat ihr Kind ein Anfallsleiden? Welcher Art?				
♥ Hat ihr Kind ein Herzleiden? Welcher Art?				
♥ Leidet ihr Kind an Bronchitis?				
♥ Leidet ihr Kind an Asthma?				
♥ Ist ihr Kind BettnässerIn?				
♥ Andere Krankheiten ? Welche?				

- ♥ Für die Betreuung Ihres Kindes wichtige Informationen zur aktuellen Lebenssituation:

.....
.....

- ♥ Was sollten wir in der Betreuung ihres Kindes berücksichtigen (Verhalten in einer Gruppe, Umgang mit anderen Kindern, Aktivitäten, etc.)?

.....
.....

- ♥ Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen?

.....
.....
.....

Ich erkläre gegenüber dem Verein Österreichische Kinderfreunde, Landesorganisation Steiermark, im Folgenden kurz: Vertragspartner, dass ich ausdrücklich zustimme, dass meine Angaben und Daten auf diesem Gesundheitsbogen zum Zweck der ordnungsgemäßen Durchführung des Feriencamps und zur Versorgung des Kindes vom Vertragspartner verarbeitet und den verantwortlichen MitarbeiterInnen des Feriencamps für diesen Zweck zur Verfügung gestellt dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei den Kinderfreunden Steiermark, Schlossergasse 4, A-8010 Graz schriftlich widerrufen kann. Darüber bin ich berechtigt Auskunft über die beim Vertragspartner gespeicherten Daten zu ersuchen und kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Korrektheit meiner Angaben und erkläre mich einverstanden, dass alle notwendigen ärztlichen Maßnahmen durchgeführt werden dürfen.

Datum: _____

Unterschrift: _____