

»» Gesundheitsfragebogen zum Sommerlager 2024 in Schweden

Health questionnaire for the 2024 summer camp in Sweden
Hälsöenkät för sommarlägret 2024 i Sverige



Diesen Bogen bitte ausfüllen, unterschreiben und mindestens eine Woche vor der Fahrt den Gruppenleitungen mitgeben!

Teilnehmer*in | Participant | Deltagare

Name, Vorname Surname, Forename Efternamn, förnamn	Geburtsdatum Date of birth Födelsedatum
Wohnanschrift Home address Bostadsadress	

Die Erziehungs-/Sorgeberechtigten sind während des Sommerlagers jederzeit wie folgt zu erreichen:

The parents/guardians can be reached at any time during the trip as follows:

Föräldrarna/vårdnadshavarna kan nås när som helst under den resan på följande sätt:

Name, Vorname Surname, Forename Efternamn, förnamn	Telefonnummer 1 (z.B. Mobil) Phone 1 (e.g. Mobile) Telefon 1 (t.ex. mobil)	Telefonnummer 2 (z.B. Festnetz/Arbeit) Phone 2 (e.g. Landline/Work) Telefon 2 (t.ex. bostad/arbetsplats)

Optional weiterer Notfall-Kontakt | Optional additional emergency contact; Valfri ytterligare nödkontakt

--	--	--

Name Hausarzt / Kinderarzt Name of family doctor / paediatrician Namn på familjeläkare/barnläkare	Telefonnummer Phone Telefon
Praxis-Adresse doctor's office address läkarens mottagningsadress	



»» Gesundheitsfragebogen zum Sommerlager 2024 in Schweden

Health questionnaire for the 2024 summer camp in Sweden
Hälsöenkät för sommarlägret 2024 i Sverige

Stamm Franken Wülfrath
deutsche pfadfinderschaft sankt georg



Bekannte Erkrankungen und Lebensmittelunverträglichkeiten

| Known health conditions and food intolerances | Kända hälsotillstånd och livsmedelsintolerans

z.B. Asthma, Heuschnupfen, Allergien, Epilepsie, Diabetes usw. | e.g. asthma, hay fever, allergies, epilepsy, diabetes etc. | t.ex. Astma, Hösnuva, Allergier, Epilepsi, Diabetes osv.

Mein Kind bekommt als Bedarfs-/Dauermedikation folgende Medikamente. Die Lagerung aller Medikamente findet im Lager durch die Leiter statt. Ab der Pfadi-Stufe können, sofern gewünscht, Bedarfsmedikamente selbst eingenommen werden. Das Feld bitte dennoch ausfüllen. (Angaben zu Medikamentenname, Zeitpunkt und Dosierung, ggf. Rückseite nutzen):

My child will receive the following medication as required/continuous medication. All medication will be stored at camp by the leaders. From scout level onwards, children can take their own medication if they wish. Please fill in this field anyway. (Details of medication name, time and dosage, use reverse side if necessary):

Mitt barn kommer att få följande mediciner som krävs/kontinuerlig medicinering. All medicin kommer att förvaras på lägret av ledarna. Från scoutnivå och framåt kan barnen ta sin egen medicin om de vill. Vänligen fyll i detta fält ändå. (Uppgifter om medicinens namn, tid och dosering, använd baksidan om det behövs):

Für Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz ist eine mehrsprachige, ärztliche Bescheinigung für die Mitnahme von Betäubungsmitteln erforderlich. Vorlagen sind auf den Seiten des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erhältlich (www.bfarm.de).

Wir dürfen ihrem Kind diese frei verkäuflichen Medikamente mit folgenden Inhaltsstoffen bei leichten oder kleineren Verletzungen verabreichen:

We may administer these over-the-counter medicines with the following ingredients to your child for minor or minor injuries::

Vi kan ge ditt barn dessa receptfria läkemedel med följande innehållsämnen för mindre eller lindriga skador:

Fenistil Hydrocort (Hydrocortison)

Bepanthen (Dexpanthenol)

Desinfektionsspray (Octenisept)

Kohle-Tabletten (medizinische Kohle)



»» Gesundheitsfragebogen zum Sommerlager 2024 in Schweden

Health questionnaire for the 2024 summer camp in Sweden
Hälsöenkät för sommarlägret 2024 i Sverige



Zecken & Splitter dürfen durch Leiter*innen entfernt werden

Ticks & splinters may be removed by leaders
Fästingar och stickor kan tas bort av ledare

Ja
Yes
Ja

Mein Kind ist Bettwärmer

(Wenn die Antwort hier ein ja oder ein manchmal sein sollte, ist das gar kein Problem – spricht bitte nur eure Leiter vorab an.)

My child is a bedwetter
Mitt barn är sängvätare

Nein
No
Nej

Ja
Yes
Ja

Krankenversicherung | Health Insurance | Sjukförsäkring

Krankenkasse Insurance provider Sjukförsäkring	Versichertennummer Insurance number Nummer på försäkrad person	Versichert über Name of policy holder Namnet på försäkringstagaren
Nur bei privater Krankenversicherung: Only with private health insurance Endast med privat sjukförsäkring		Geburtsdatum Versicherungsnehmer Date of birth Policyholder Födelsedatum Försäkringstagare

Auslandsreise-Krankenversicherung | Travel Health Insurance | Sjukförsäkring för resor utomlands

Krankenkasse Insurance provider Sjukförsäkring	Versichertennummer Insurance number Nummer på försäkrad person	Versichert über Name of policy holder Namnet på försäkringstagaren

Sonstige Krankenzusatzversicherung mit Deckung im EU Ausland | Other supplementary health insurance with cover abroad in the EU | Annan kompletterande sjukförsäkring med täckning utomlands inom EU

Krankenkasse Insurance provider Sjukförsäkring	Versichertennummer Insurance number Nummer på försäkrad person	Versichert über Name of policy holder Namnet på försäkringstagaren
		Geburtsdatum Versicherungsnehmer Date of birth Policyholder Födelsedatum Försäkringstagare



»» Gesundheitsfragebogen zum Sommerlager 2024 in Schweden

Health questionnaire for the 2024 summer camp in Sweden
Hälsöenkät för sommarlägret 2024 i Sverige

Stamm Franken Wülfrath
deutsche pfadfinderschaft sankt georg



Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/Sorgeberechtigten versichert dieser, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

In the case of the signature of only one parent or legal guardian, the latter shall affirm that the other parent or legal guardian also agrees. I / We agree that the personal and treatment data will be stored for the purpose of legally required documentation. After expiry of the legal retention period, the data will be deleted!

Om endast en förälder/legal vårdnadshavare undertecknar avtalet ska denne intyga att den andra föräldern/legala vårdnadshavaren också samtycker. Jag/vi samtycker till att person- och behandlingsuppgifter lagras för att möjliggöra lagstadgad dokumentation. När den lagstadgade lagringstiden har löpt ut kommer uppgifterna att raderas!

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden als Original/Kopie diesem Bogen beigelegt.

Health insurance card and vaccination certificate are attached as original/copy to this form.
Sjukförsäkringskort och vaccinationsintyg bifogas i original/kopia till detta blad.

Ich verpflichte mich, etwaige Änderungen vor Fahrtbeginn der Leiter*innen mitzuteilen.

I undertake to inform the leader of any changes before the start of the trip.
Jag förbinder mig att informera ledaren om eventuella ändringar före resans början.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer*in (Ü18),
Erziehungsberechtigte*r

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r

