

## Medizinischer Fragebogen:

### 1. Personenbezogene Daten:

#### 1.1. Name, Geburtsdatum des Kindes:

---

#### 1.2. Name, Geburtsdatum des Versicherungsnehmers:

---

#### 1.3. Krankenversicherung:

- Gesetzliche Krankenversicherung [GKV]
- Private Krankenversicherung [PKV]

#### 1.4. Kinderpraxis, hausärztliche Praxis des Kindes:

---

#### 1.5. Notfallnummern, über die wir Sie erreichen können:

---

Notfallnummer

---

Weitere Notfallnummer

### 2. Vorerkrankungen:

#### 2.1. Innere Organe:

Herz, Lunge, Darm etc.

---

Wenn ja, welche?

#### 2.2. Autoimmunerkrankungen

(Morbus crohn, Juvenile Arthritis, ...)

---

Wenn ja, welche?

#### 2.3. Dermatologische Erkrankungen

---

Wenn ja, welche?

#### 2.4. Blutbildendes System

(Hämophilie, Anämie, ...)

---

Wenn ja, welche?

#### 2.5. Psychologische Erkrankungen

(Angstzustände, ...)

---

Wenn ja, welche?

#### 2.6. Bewegungsapparat:

---

Wenn ja, welche?

### In Bezug auf Erkrankungen in Punkt 2.:

#### > Medikation + Dosierung:

(\*Bitte in ausreichender Menge für die gesamte Zeit des Lagers mitgeben)

---



---



---

#### tägliche Einnahme / Bedarfsmedikation

- Eigenständige Einnahme, mein Kind bewahrt die Medikamente eigenständig im Zelt oder Zimmer auf
- Aufbewahrung und Aushändigung durch die Betreuungsperson; Eigenständige Einnahme unter Aufsicht einer Betreuungsperson

#### > Besonderheit / Hinweise:

---

### 3. Allergien, Unverträglichkeiten:

#### 3.1. Nahrungsmittelallergie

---

Wenn ja, welche?

#### 3.2. Arzneimittelallergie

(Spezielle Erste-Hilfe-Materialien wie Verbände/Pflaster)

---

Wenn ja, welche?

#### 3.3. Sonstige Allergien

(InsektenGift, Pollen, Sonneneinstrahlung)

---

Wenn ja, welche?

### In Bezug auf Erkrankungen in Punkt 3.:

#### > Medikation + Dosierung:

---



---

#### tägliche Einnahme / Bedarfsmedikation

- Eigenständige Einnahme, mein Kind bewahrt die Medikamente eigenständig im Zelt oder Zimmer auf
- Aufbewahrung und Aushändigung durch die Betreuungsperson; Eigenständige Einnahme unter Aufsicht einer Betreuungsperson

#### > Besonderheit/Hinweise:

---



---

### 4. Sonstiges:

Anmerkungen/ Was ihr noch wissen solltet, ...:

---



---

(Reiseübelkeit, Spezielle Angewohnheiten, ...)

### 5. Relevante Operationen/Erkrankungen/Krankenhausaufenthalte in der Vergangenheit:

---



---



---

6. Impfstatus:  
 **Aktiver Tetanus-Schutz** (Die letzte Impfung sollte nicht älter als 10 Jahre sein)  
 **Aktiver Impfschutz gegen FSME**  
 **Aktiver Impfschutz gegen Covid-19?**

Anzahl, Datum letzter Impfung

7. Hinweise zur Ernährung:  
 **Vegan**  
 **Vegetarisch**  
 **Mein Kind verzichtet auf:** \_\_\_\_\_

8. Kreuzen Sie bitte die Aussagen an, die auf Sie zutreffen:  
 Ich willige einer Aushändigung und die beaufsichtigte Anwendung, von freiverkäuflichen Salben laut Packungsbeilage des Herstellers, durch eine Betreuungsperson ein (Bepanthen, Fenistil, etc.).  
 Ich bin damit einverstanden, dass notwendige Erste-Hilfe-Maßnahmen (Bsp.: die Wundversorgung mit Verbandsmaterialien) durch die Betreuungspersonen mit einer Erste Hilfe Ausbildung durchgeführt werden. Darüber hinaus willige ich ein, dass kleinere medizinische Maßnahmen (Bsp.: das Ziehen von Zecken oder das Entfernen von Holzsplittern) von angewiesenen Betreuungspersonen selbstständig durchgeführt werden.  
 Ich willige einer Weiterleitung wichtiger Daten, für eine ärztliche Behandlung im Krankheitsfall, an medizinisches Personal ein.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die auf dem Zettel erhobenen Daten, für die Dauer des Ferienlagers der Messdiener St. Pankratius Emsdetten von den Betreuungspersonen in schriftlicher Form aufbewahrt werden.

Anmerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

### Notizen während des Ferienlagers

Diese Seite wird im Laufe des Ferienlagers ggf. durch die betreuenden Personen ausgefüllt:

1. Arztbesuche:  
\*Eine vorherige telefonische Abklärung mit den Erziehungsberechtigten ist Voraussetzung  
1.1. Datum: \_\_\_\_\_  
1.2. Klinik/ Praxis: \_\_\_\_\_  
1.3. Medizinische Diagnose: \_\_\_\_\_  
1.4. Ggf. verschriebene Arznei: \_\_\_\_\_ Name, Dosierung  
 Kosten/Eigenanteil in Höhe von \_\_\_\_\_ € ausgelegt.

2. Zeckenbiss:  
2.1. Datum: \_\_\_\_\_  
2.2. Körperstelle: \_\_\_\_\_  
2.3. Hautreaktion/Auffälligkeiten (direkt und im weiteren Verlauf):  
 Nein  
 Ja (direkt): \_\_\_\_\_  
 Ja (nach einigen Tagen): \_\_\_\_\_

3. Sonstige Anmerkungen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_