

## TeilnehmerInnen Notfallblatt Biberstufe Balsthal Falkenstein

- Die Angaben auf diesem Informationsblatt dienen der Leitung bei allfälligen unvorhergesehenen Vorkommnissen während der Aktivitäten. Die LeiterInnen verpflichten sich, diese Informationen vertraulich zu behandeln und bei einem Austritt zu vernichten.

- **Achtung:** Die Teilnehmenden sind durch die Pfadi nicht gegen Unfall und Krankheit versichert; die Pfadi lehnt jede Haftung ab. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

**Dem Informationsblatt bitte eine aktuelle Kopie des Impfausweises und der Versicherungskarte beilegen.**

### Personalien

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

### Kontaktadresse Erziehungsberechtigten

Name/Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Telefon/ Natel: \_\_\_\_\_

### Private Versicherung (Name der Gesellschaft und Nummer der Police)

Unfallversicherung: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Gönner der Schweizerischen Rettungsflugwacht:  Ja  Nein Ausweis-Nr.: \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon Praxis: \_\_\_\_\_

### Gesundheitszustand

Datum der letzten Starrkrampfimpfung (Monat und Jahr): \_\_\_\_\_

Regelmässig einzunehmende Medikamente (Bezeichnung, Einnahmевorschrift):  
\_\_\_\_\_

Bemerkungen zum Gesundheitszustand (z.B. nachwirkende Krankheiten und Unfälle, Allergien):  
\_\_\_\_\_

**Das ist meine Einwilligung an die Leitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Zurück an Lemon (Elena Haefeli, St. Wolfgangstrasse 18, 4710 Balsthal) inkl. den Kopien.

