**Persönliches Notfallblatt der PTA Bern**

Pfadiname: Geburtsdatum:

Name: Vorname:

Adresse: PLZ, Ort:

Name und Vornamen der Eltern:

Im Notfall zu benachrichtigen (Name und Telefonnummer):

Krankenkasse: Versicherungsnummer:

Unfallversicherung: Rega Gönner: ( ) Ja / ( ) Nein

AHV – Nr.:

Hausarzt, Name: Telefon:

Adresse:

Evtl. Spezialarzt, Name: Telefon:

Adresse:

Bahnabonnement:

* IV-Begleitausweis
* Halbtax
* GA
* Kein Abonnement

Ernährung:

* Vegetarisch
* Laktose-Intoleranz
* Andere Allergien oder Intoleranzen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien (Heuschnupfen, Asthma, Lebensmittel, Insektenstiche):

Braucht Ihr Kind dagegen Medikamente?

Wenn Ja, welche:

Wann, wie viele:

Welche Beeinträchtigung hat ihr Kind bzw. welche Angaben sind für einen Arzt bei einem allfälligen Notfall relevant?

Kann Ihr Kind schwimmen? ( ) Ja / ( ) Nein Braucht Ihr Kind eine Schwimmhilfe (Flügeli, Weste)? ( ) Ja / ( ) Nein

 Wenn ja, an welche ist es gewöhnt?

**Bitte Rückseite beachten.**

Medikamente, die während des Lagers verabreicht werden müssen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name des Medikaments | Dosis | Zeitpunkt der Verabreichung | Hilft gegen was, wird verabreicht bei?Bemerkungen |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Bemerkungen und besondere Empfehlungen der Eltern (vegetarische Ernährung, Heimweh, auf was muss besonders geachtet werden usw.):

**Bitte eine Kopie des Impfausweises beilegen**

Dies ist meine Einwilligung an die Lagerleitung, die nötigen Schritte für eine medizinische Behandlung, im äussersten Notfall, ohne vorherige weitere Benachrichtigung zu veranlassen. Als gesetzlicher Vertreter des Kindes bestätige ich hiermit die Richtigkeit aller Angaben.

**Datum und Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:**

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.