



## Gesundheitsfragebogen für das Landespfingstlager 2024 *health questionnaire of the Landespfingstlager 2024*

Name, Vorname - <i>surname, first name</i>	Geburtsdatum - <i>date of birth</i>	Stamm - <i>name of the local group</i>
Adresse - <i>address</i>		
Schutzimpfungen (bitte Datum der letzten Impfung angeben) - <i>vaccination (please name the date of the last vaccination)</i>		
Tetanus / Hepatitis A / Hepatitis B / Diphtherie / Polio/Kinderlähmung Masern - <i>measles</i> / Mumps / Röteln - <i>German measles</i> / FSME - <i>TEB</i> / Keuchhusten - <i>whooping cough</i> / Windpocken - <i>chickenpox</i> / sonstige Impfungen - <i>other vaccinations</i>		
Bekannte Vorerkrankungen/Operationen - <i>Pre-existing conditions/operations</i>		
Unser Kind/ich hatte folgende Erkrankungen - <i>I/my child had the following diseases</i>		
Windpocken - <i>chickenpox</i> Scharlach - <i>scarlet fever</i> Mumps      Masern - <i>measles</i> Röteln - <i>German measles</i> Diphtherie		
Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebensmittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.) <i>following susceptibilities are known (e.g. asthma, hay fever, travel sickness, allergies, epilepsy, etc.)</i>		
Mein / Unser Kind befindet sich zurzeit in ärztlicher Behandlung (behandelnder Arzt) <i>My / our child is currently undergoing medical treatment by the following doctor</i>		
Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen: <i>My / our child receives the following medicines as on-demand / long-term medication and knows how to deal with it:</i>		
Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein - <i>Our child takes the medicine independent</i> <input type="checkbox"/> ja - <i>yes</i> <input type="checkbox"/> nein - <i>no</i> Der Gruppenleiter sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente <i>The group leader ensures the regular taking of the medicine</i> <input type="checkbox"/> ja - <i>yes</i> <input type="checkbox"/> nein - <i>no</i>		
Bei meinem / unserem Kind ist auf Folgendes zu achten (Einschränkungen etc.) <i>With my / our child the following is to be considered (restrictions etc.)</i>		
Glaubenszugehörigkeit * <i>religion*</i>	Einschränkungen in der Behandlung - <i>restrictions in treatment</i>	
Krankenkasse <i>health insurance company</i>	Versichert über <i>ensured with (name)</i>	Versichertennummer <i>health insurance number</i>



--	--	--

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf - *In case of illness or accident may*

Name, Vorname <i>surname, first name</i>	Geburtsdatum <i>date of birth</i>	Funktion <i>funktion</i>

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

*decide on treatments and consent to medical interventions (including surgery). In the case of life-threatening illnesses / accidents, the attending physician will decide on the spot.*

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf / dürfen nur die Erziehungs-/ Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

*In case of illness or accident only the parent may decide on treatment and consent to medical intervention (including surgery).*

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung. - *There is currently no acute / contagious disease.*

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen: - *I am / We can be reached (anytime) as follows:*

Name, Vorname <i>surname, first name</i>	Telefon <i>phone</i>	Mobil <i>mobile phone</i>
Adresse - <i>address</i>		
Name, Vorname <i>surname, first name</i>	Telefon <i>phone</i>	Mobil <i>mobile phone</i>
Adresse - <i>address</i>		

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-/ Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-/Sorgeberechtigte ebenfalls diesem zustimmt. 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, the latter shall make an oath that the other also agrees to this. I/ We agree that the personal and treatment data will be stored for the purpose of the legally required documentation. After expiry of the statutory retention period, the data will be deleted.*

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

*Health insurance card and vaccination card are carried along by the participant.*

Ort, Datum  
*Place, date*

Ort, Datum  
*Place, date*

Unterschrift der Eltern  
*signature of the parents*

Unterschrift der Eltern  
*signature of the parents*