

## Notfallinformationsblatt Chlausweekend der Pfadi Speuz

### Personalien

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

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

Pfadiname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

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

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

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

### Kontaktadresse während des Wochenendes

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

Strasse: \_\_\_\_\_

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

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

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

### Private Versicherung (Name der Gesellschaft und Versicherungsnummer)

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

Karten-Nr: \_\_\_\_\_

Gönner der Rega:  Ja  Nein

## Allgemeine Abgabe von Medikamenten

- Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien rezeptfreie Medikamente (z.B. Schmerzmittel) selbständig verabreichen.
- Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin / dem Teilnehmer ohne Rücksprache keine rezeptfreien Medikamente verabreichen.

## Allgemeines

Besondere Hinweise an die Küche (Vegetarier/in, Nahrungsmittel, ...):

---

---

---

Bemerkungen und Empfehlungen (Heimweh, Bettnässen, ...)

---

---

---

Dies 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 der Eltern oder  
Erziehungsberechtigten

---

---