



Gesundheitsblatt Dock24

Nummer (wird vom Ressort Sanität ausgefüllt)

1. PERSONALIEN

Name	Vorname	v/o
Adresse	Ort	Telefon

2. KONTAKT FÜR NOTFÄLLE

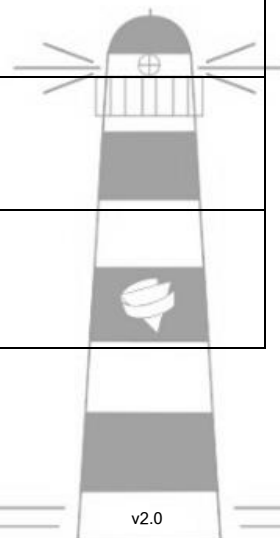
Name	Vorname	Adresse
Ort	Telefon	Mobiltelefon

3. ARZT UND VERSICHERUNG

Hausarzt Name	Hausarzt Telefon
----------------------	-------------------------

Versicherung ist Sache der Teilnehmenden Personen

Unfallversicherung Name	Unfallversicherung Hotline
Krankenkasse Name	Krankenkasse Hotline
Haftpflicht Name	Haftpflicht Hotline





4. GESUNDHEITZUSTAND

Gab es kürzlich Unfälle, Krankheiten oder Operationen?

Kürzliche Unfälle, Krankheiten, Operationen	
Behandelnder Arzt	Telefon Arzt

5. ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN

(Z.b Asthma, Bienen-/Wespenstiche, Heuschnupfen, Lebensmittel, Medikamente, Weitere...)

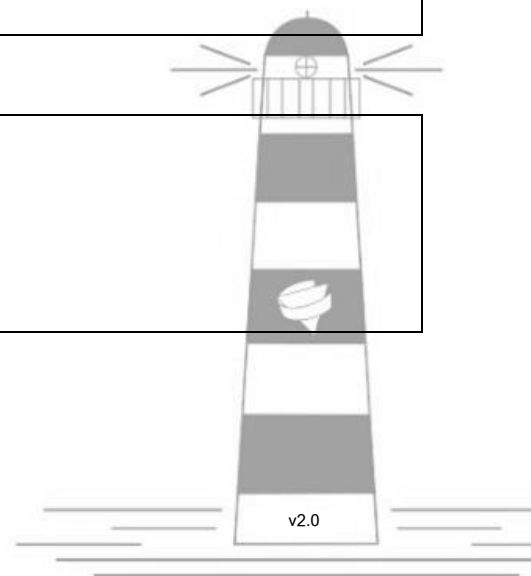
Falls etwas vorhanden bitte aufschreiben (inkl. Medikamente Anwendungsverordnung und Reaktion).

--

6. WEITERES

Chronische Krankheiten	Bemerkungen
-------------------------------	--------------------

Weitere Bemerkungen & Empfehlungen





7. MEDIKAMENTENABGABE

- Dem/der Teilnehmer*in **dürfen bei Bedarf rezeptfreie Medikamente** (siehe Medikamentenliste) selbständig vom Ressort Sanität verabreicht werden.
- Dem/der Teilnehmer*in dürfen ohne Rücksprache mit seinen Eltern / Erziehungsberechtigten **keine rezeptfreien Medikamente** verabreicht werden.
- Dem/der Teilnehmer*in **müssen** vom Leitungsteam **regelmäßig Medikamente** verabreicht werden. Bitte jegliche Medikamente angeben, welcher der teilnehmenden Person regelmäßig verabreicht werden müssen:

Bezeichnung	Dosierung	Einnahmевorschrift

- Der/die Teilnehmer*in nimmt selbständig regelmäßig Medikamente ein.

Bezeichnung	Dosierung	Einnahmевorschrift

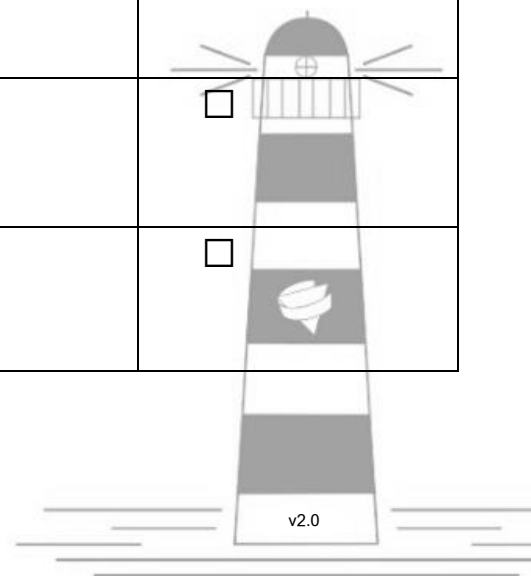
Das Leitungsteam behält sich vor, in Notfällen ohne Rücksprache einen Arzt aufzusuchen. Die Eltern/ Erziehungsberechtigten werden baldmöglichst informiert, sobald die medizinische Betreuung gesichert ist.





8. MEDIKAMENTENLISTE

Kategorie	Name	Wirkung	Diese dürfen NICHT abgegeben werde
Respirationstrakt	Triofan Schnupfen Dosierspray	Schnupfen	<input type="checkbox"/>
	Angina MCC Streuli Lutschtabl	Entzündung Mund-, Rachenraum	<input type="checkbox"/>
	Emser Salz 20 x 5ml	Mittelohrentzündung (Otitis media)	<input type="checkbox"/>
Augen	Bepanthen Augentropfen		<input type="checkbox"/>
Verdauungstrakt	Carbolevure Kinder	Durchfall	<input type="checkbox"/>
	Bioflorin Kaps	Durchfall	<input type="checkbox"/>
	Itinerol B6 Kaps	Übelkeit, Erbrechen	<input type="checkbox"/>
Bewegungsapparat	Perskindol Spray	Prellungen, Verstauchung	<input type="checkbox"/>
	Olfen Gel 1% 100g	Prellungen, Verstauchung	<input type="checkbox"/>
	Perskindol wärmend	Prellungen, Verstauchung	<input type="checkbox"/>
	Perskindol kühlend	Prellungen, Verstauchung	<input type="checkbox"/>





Diverse Wunden	Bepanthen Plus Creme	Schnitt-, Schürfwunden	<input type="checkbox"/>
	Leucen Zugsalbe	Splitter	<input type="checkbox"/>
Insektenstiche ohne allergische Reaktion	Fenistil Gel Fenipic Plus	Juckreiz	<input type="checkbox"/>
Allergien	Cetallerg Sandoz Filmtabl		<input type="checkbox"/>
	Feniallerg Tropfen		<input type="checkbox"/>
Schmerzmedikamente	Dafalgan Tabl 500 mg		<input type="checkbox"/>
	Dafalgan Brausetabl 500 mg		<input type="checkbox"/>
	Dolo Spedifen 400 mg		<input type="checkbox"/>

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung:

(Mit der Unterschrift werden die geltenden Lagerregeln, siehe QR-Code, akzeptiert.)

Ort, Datum & Unterschrift der gesetzlichen Vertretung:

Lagerregeln:





10. Dokumentation (wird vom Ressort Sanität ausgefüllt)

Medikament	Wann	Menge	Wo (Lokalisation)

Sonstiges

11. Zecken (wird wenn nötig durch Leitende oder Ressort Sanität ausgefüllt)

Datum	Körperstellen (vorne/hinten)	Bemerkung

