Zürich, 18. November 2020

Geschäftsstelle
Sihlstrasse 33, Postfach

8021 Zürich

Telefon: 044 213 20 40

cevi@cevi.ch

www.cevi.ch

**GESUNDHEITSBLATT**

für Cevi-Angebote

**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. GESUNDHEITSZUSTAND**

Gab es kürzlich Unfälle, Krankheiten oder Operationen?

|  |
| --- |
| **Kürzliche Unfälle, Krankheiten, Operationen** |
| **Behandelnder Arzt** | **Telefon Arzt** |

**5. ALLERGIEN & UNVERTRÄGLICHKEITEN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Folgen** | **Medikamente** | **Bemerkungen** |
| **Asthma** |  |  |  |
| **Bienen-/Wespenstiche** |  |  |  |
| **Heuschnupfen** |  |  |  |
| **Lebensmittel** |  |  |  |
| **Medikament/Wirkstoff** |  |  |  |
| **Weiteres:** |  |  |  |

**6. WEITERES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Chronische Krankheiten** | **Bemerkungen** |

|  |
| --- |
| **Weitere Bemerkungen & Empfehlungen** |

**Schwimmer\*innen-Stufe:**

* Nichtschwimmer\*in
* Anfänger Schwimmer\*in
* Fortgeschrittene/r Schwimmer\*in

**7. MEDIKAMENTENABGABE**

* Dem/der Teilnehmer\*in **dürfen bei Bedarf** und unter Berücksichtigung allfälliger Allergien **rezeptfreie Medikamente** (z.B. Schmerzmittel) selbständig vom Leitungsteam verabreicht werden. \*
* Dem/der Teilnehmer\*in dürfen ohne Rücksprache mit meinen Eltern / Erziehungsberechtigten **keine rezeptfreien Medikamente** (z.B. Schmerzmittel) verabreicht werden.
* Dem/der Teilnehmer\*in dürfen im Falle einer schweren allergischen Reaktion ein Antiallergikum 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** | **Einnahmevorschrift** |

* Der/die Teilnehmer\*in nimmt selbständig regelmässig Medikamente ein.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bezeichnung** | **Dosierung** | **Einnahmevorschrift** |

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

\*Liste der mitgeführten Medikamente und deren allfälligen Einsatz liegt bei.

**Ort Datum Unterschrift der gesetzlichen Vertretung:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. MEDIKAMENTENEINNAHME TEILNEHMER\*IN**

Diese Tabelle dient zur Aufzeichnung der Medikamenteneinnahme.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Zeit** | **Medikament** | **Dosierung** | **Symptome** | **Visum** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |