

# NOTFALLINFORMATIONSBLATT

## Für Teilnehmende von Cevi-Angeboten

Die Angaben auf diesem Blatt helfen dem Leitungsteam, während des Angebots / Lagers richtig zu reagieren. Das Leitungsteam verpflichtet sich, diese Angaben vertraulich zu behandeln. Die Daten werden nur in medizinischen Notfällen an Dritte weitergegeben. Das Notfallinformationsblatt wird nach dem Angebot / Lager zurückgegeben oder vernichtet.

**Achtung:** Die Teilnehmenden sind durch den Organisator nicht gegen Unfall und Krankheit versichert. Die Teilnehmenden sind für die nötigen Versicherungen selbst verantwortlich.

**Dem Notfallinformationsblatt bitte eine aktuelle Kopie des Impfausweises beilegen.**

## 1 PERSONALIEN

Name	Vorname
v/o (Ceviname)	Geburtsdatum / Alter
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Telefon	Mobiltelefon (falls vorhanden)
E-Mail (falls vorhanden)	Vor- und Nachname Erziehungsberechtigte

## 2 KONTAKT FÜR NOTFÄLLE (FALLS MÖGLICH IN DER SCHWEIZ)

Beziehung <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte*r <input type="checkbox"/>	
Name	Vorname
Telefon / Mobiltelefon	E-Mail

## 3 HAUSARZT\*HAUSÄRZTIN

Name / Vorname	Telefon
Strasse / Nr.	PLZ / Ort

Die Kontaktdaten des\*der Hausarztes\*Hausärztin werden für allfällige Rückfragen durch behandelnde Ärzte\*Ärztinnen im Notfall benötigt.

## 4 VERSICHERUNGEN

Krankenkasse Name	Krankenkasse Kartenummer (beginnt evtl. mit 807)
Unfallversicherung Name (falls andere als Krankenkasse)	
Gönner*in der Rega (Schweizerische Rettungsflugwacht) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, Rega Ausweis-Nr.

## 5 GESUNDHEITZUSTAND

Gewicht	
<b>Kürzliche und / oder relevante</b> Unfälle, Krankheiten oder Operationen	
Name behandelnde*r Arzt*Ärztin	Telefon behandelnde*r Arzt*Ärztin

Die Kontaktdaten des\*der behandelnden Arztes\*Ärztin werden für allfällige Rückfragen durch behandelnde Ärzte\*Ärztinnen im Notfall benötigt.

## 6 WEITERES

Allergien (z.B. Heuschnupfen, Medikamente) / Unverträglichkeiten (z.B. Laktose)
Bei Allergien, falls vorhanden, den Allergiepass beilegen. Bitte zu verabreichende oder selbstständig einzunehmende Medikamente in Abschnitt 7 eintragen.
Kann die teilnehmende Person schwimmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Anfänger*in <input type="checkbox"/> Fortgeschritten (bis 300m) <input type="checkbox"/> Könnner*in (bis 1000m)
Weitere Bemerkungen & Empfehlungen (z.B. sportliche / andere Einschränkungen)



