

Gesundheitsfragebogen für die Landesfahrt 2021

Health questionnaire for the "Landesfahrt 2021" from the German Scout organization. | Questionnaire de santé – voyage du Land de Hesse 2021

Diesen Bogen bitte ausfüllen/ausdrucken, von dem/der Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und der Gruppenleitung geben.

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| Name, Vorname Surname, first Name Nom, prénom | | Geburtsdatum Date of birth Date de naissance | | Stamm society Tribu | |
| Straße, Nr. Street, number Rue, numéro | | PLZ, Ort postal code, City Code postal, ville | | | |
| Vorhandene Schutzimpfungen (bitte mit Datum angeben) existing vaccinations Vaccinations subies (indiquez la date) | | | | | |
| Tetanus tetanus Tétanos | | / Hepatitis A Hepatitis A Hépatite A | | / Hepatitis B Hepatitis B Hépatite B | |
| Diphtherie Diphtheria Diphtérie | | / Polio/Kinderlähmung Polio Polio | | / Masern Measles Rougeole | |
| Mumps Mumps Oreillons | | / Röteln Rubella Rubéole | | / FSME early summer meningitis Méningite au début de l'été (MEVE) | |
| / Keuchhusten whooping cough Coqueluche | | / Windpocken Chickenpox Varicelle | | / Tollwut rabies Rage | |
| / sonstige Impfungen other vaccinations autres | | | | | |
| Bekannte Vorerkrankungen/Operationen (bitte mit Datum): known pre-existing conditions/ operations Antécédents médicaux connus et opérations subies (indiquez la date) | | | | | |
| Unser Kind/ich hatte bereits folgende Erkrankungen: illnesses that have already occurred Notre enfant a/j'ai eu les maladies suivantes | | | | | |
| Windpocken Chickenpox Varicelle | | Scharlach Scarlet fever Scarlatine | | Mumps Mumps Oreillons | |
| Masern Measles Rougeole | | Röteln Rubella Rubéole | | Diphtherie Diphtheria Diphtérie | |
| Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebensmittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.): The following susceptibilities are known (e.g. asthma, hay fever, motion sickness, medication, food, other allergies, epilepsy, etc.) Problèmes de santé connus (asthme, rhume des foies, mal des transports, allergies médicamenteuses ou alimentaires, autres allergies, épilepsie, etc.) | | | | | |
| Mein / Unser Kind befindet sich zurzeit in ärztlicher Behandlung (behandelnde*r Arzt*Ärztin): My / our child is currently undergoing medical treatment (attending doctor) Mon/Notre enfant est actuellement sous traitement médical (médecin traitant) | | | | | |
| Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen: My / our child receives the following medication as a reliver / long-term medication and knows how to deal with it Mon/Notre enfant doit prendre les médicaments suivants de manière prolongée et sait comment faire | | | | | |
| Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein Our child takes in medication on his/ her own Mon/Notre enfant prend lui-même ses médicaments | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Die Gruppenleitung sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente The group leader ensures the consistent intake of medication Le chef/La cheftaine scout/e doit veiller à ce que les médicaments soient pris régulièrement | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ja | | <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Bei meinem / unserem Kind ist auf Folgendes zu achten (Einschränkungen etc.): The following must be observed for my / our child (restrictions, etc.) Mon/Notre enfant doit faire l'objet d'attentions particulières sur les points suivants (restrictions etc.) | | | | | |
| Es dürfen vor Ort von behandelnden Sanitätskräften folgende Maßnahmen durchgeführt werden: The following measures may be carried out on site by the treating medical staff Les secouristes peuvent prendre les mesures suivantes | | | | | |
| - Entfernen von Splintern, Zecken und Insektenstacheln Removal of splinters, ticks and insect stings Enlèvement d'échardes, de tiques, de dards | | <input type="checkbox"/> ja yes oui <input type="checkbox"/> nein No Non | | | |
| - Auftragen von Salben und Wunddesinfektion Application of ointments and wound disinfection Application de pommades et de désinfectants | | <input type="checkbox"/> ja yes oui <input type="checkbox"/> nein No Non | | | |
| - Blutzuckermessungen Blood glucose tests Mesure de la glycémie | | <input type="checkbox"/> ja yes oui <input type="checkbox"/> nein No Non | | | |
| Krankenkasse Health insurance Caisse maladie | | Kassennummer health insurance number Numéro de caisse maladie | | Versichertennummer insurance number Numéro d'assuré/e | |
| Versichert über Insured over Inscrit/e sur la carte vitale de | | Status status statut | | Versichertenkarte gültig bis Insurance card valid until Carte d'assuré/e valable jusqu'au | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf, | In the event of illness or an accident, | En cas de maladie ou d'accident, les personnes suivantes, |

| Name, Vorname Surname, first Name Nom, prénom | Geburtsdatum Date of birth Date de naissance | Funktion function fonction |
|--|---|--------------------------------|
| | | |
| | | |

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 event of life-threatening illnesses / accidents, the attending physician decides on site. | décident des traitements et acceptent ou non les interventions médicales (opérations comprises). Si le pronostic vital est engagé, cette décision appartient au médecin sur place.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf / dürfen nur die Erziehungs-/ Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. | In the event of illness or an accident, only the parent or guardian may decide on treatments and consent to medical interventions (including operations). | En cas de maladie ou d'accident, seuls les représentants légaux décident des traitements médicaux et acceptent ou non les interventions médicales (opérations comprises).

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung. | There is currently no acute / contagious disease. | Pas de maladie aiguë/infectieuse actuellement.

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen: | I am / we can be reached as follows: | Personnes joignables (à tout moment): |

| | | |
|--|------------------------------------|---|
| Name, Vorname Surname, first Name Nom, prénom | Telefon phone number Téléphone | Mobil Mobile number Portable |
| | | |
| Straße, Nr. Street, number Rue, numéro | | PLZ, Ort postal code, City Code postal, ville |
| | | |
| Name, Vorname Surname, first Name Nom, prénom | Telefon phone number Téléphone | Mobil Mobile number Portable |
| | | |
| Straße, Nr. Street, number Rue, numéro | | PLZ, Ort postal code, City Code postal, ville |
| | | |

Im Falle der Unterschrift nur eines* einer Erziehungs-/ Sorgeberechtigten versichert diese*r an Eides statt, dass der*die 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! Krankenversicherungskarte (falls vorhanden) und Impfausweis werden mitgeführt. | In case of only one parent/ legal guardian is signing the document he/she affirms, that the other parent/ legal guardian approves as well. I/we agree that personal and the for the treatment relevant data can be saved for the sake of lawful mandatory documentation. The Data will be deleted after the expiration of the lawful mandatory retention period. Both the health insurance card and the immunization card must be carried along. | En cas de signature d'un seul représentant légal, ce dernier déclare sur l'honneur que l'autre représentant légal donne également son accord sur les données fournies. J'accepte/Nous acceptons que les données personnelles et relatives aux traitements médicaux soient conservées à des fins de documentation légale. À expiration du délai prévu par la loi, ces données seront effacées.

Ich stimme zu, dass die angegebenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung des BdP LV Hessen e.V. (nachzulesen auf <https://hessenwiki.de/confluence/pages/viewpage.action?pageId=131301441>) behandelt werden dürfen. | I agree that the stated data is treated according to the privacy policy of the BdP LV Hessen e.V. (you can look it up at <https://hessenwiki.de/confluence/pages/viewpage.action?pageId=131301441>) | J'accepte que les données fournies soient traitées selon la charte de protection des données du BdP LV Hessen e.V. (consultable ici : <https://hessenwiki.de/confluence/pages/viewpage.action?pageId=131301441>).

Ort, Datum | place, date | Lieu, date

Ort, Datum | place, date | Lieu, date

Unterschrift der*des Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Unterschrift der*des Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Signature of a parent/ legal guardian
Signature du/de la représentant/e légal/e

Signature of a parent/ legal guardian
Signature du/de la représentant/e légal/e