



**PFADFINDER*INNEN
ÖSTERREICH**

GESUNDHEITSDATENBLATT

gültig für _____ (bitte Lager und Datum)

ergänzen, z. B. Pfingstlager Techuana 22.–25.05.2026)

Dieses Datenblatt muss jede*r Lagerteilnehmer*in – leserlich ausgefüllt und unterschrieben - vor bzw. bei der Abreise zum Lagerplatz bei seinem/ihrer zuständigen Leiter*in abgeben. Diese Daten werden streng vertraulich behandelt und nur im Notfall an medizinisches Personal übergeben, um eine rasche Versorgung zu erleichtern.

Daten des Kindes/Jugendlichen	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Wohnadresse	
Sozialversicherungsnummer; Versicherung	
Mitversichert bei (Name, SV-Nummer, Versicherung)	
Impfungen (Zutreffendes ankreuzen)	☐ FSME, Datum: ☐ Diphtherie/Tetanus, Datum:
Allergien (Insektenstiche/-bisse, Lebensmittel, Medikamente etc.)	
Chronische Erkrankungen	
Benötigte Medikamente (Bitte auch Dosis und Einnahmezeit angeben.)	
Diäten, Unverträglichkeiten (Zutreffendes ankreuzen)	☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ Laktose ☐ Gluten ☐ Sonstiges:
Schwimmer*in (Zutreffendes ankreuzen)	☐ geübt ☐ ungeübt ☐ Nichtschwimmer*in

Bereit fürs Abenteuer. Bereit fürs Leben.

Die Pfadfinder*innengruppe Klagenfurt 5 ist Teil der
PPÖ und der Welt-Pfadfinder*innenverbände.
IBAN: AT15 4213 0901 0100 2740. ZVR Nummer: 091352269

Pfadfinder*innengruppe Klagenfurt 5

A-9020 Klagenfurt am Wörthersee, Bischof-Dr.-Köstner-Platz 2
Telefon +43 650/5151650, office@klagenfurt5.at
www.klagenfurt5.at



Notfallkontakt für die Dauer des Lagers	
Name	
Adresse	
Telefonnummer(n)	
Bitte geben Sie unbedingt eine bevollmächtigte Ersatzperson an, wenn Sie verreisen!	

Mit der Unterschrift stimme ich zu, dass die Daten von den anwesenden Leiter*innen im Bedarfsfall an das medizinische Personal weitergegeben werden dürfen. Dies kann schriftlich per E-Mail an office@klagenfurt5.at widerrufen werden. Es erfolgt keine zentrale Speicherung, das Gesundheitsdatenblatt wird nach dem Lager vernichtet/gelöscht.

Ich bestätige, dass ich dieses Gesundheitsdatenblatt vollständig und korrekt ausgefüllt habe, und nehme zur Kenntnis, dass eine Haftung seitens der Pfadfindergruppe Klagenfurt 5 sowie ihrer Funktionäre für jegliche Folgen aufgrund fehlender oder unkorrekter Angaben ausgeschlossen ist.

Ich bestätige auch, dass mein Kind im Bedarfsfall bei oberflächlichen Verletzungen und Hautirritationen von den Leiter*innen rezeptfreie Arzneimittel (z. B. Desinfektionsmittel bei kleinen Wunden, juckreizmilderndes Gel bei Insektenstichen, kühlendes Spray bei leichten Verbrennungen etc.) erhalten darf.

Datum

Unterschrift der/des Lagerteilnehmer*in
(ab 14. Jahren)

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten