

Medi-Zettel für eine Aktion der jdav Osnabrück

Der Teilnehmer ist bei Antritt der Fahrt gesund. Die Versicherungskarte der Krankenkasse sowie eine Kopie des Impfausweises wird bei Abfahrt in einem Umschlag abgegeben. Evtl. benötigte Medikamente sollten den Gruppenleitern separat gegeben werden.

Nachname, Vorname: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Hausarzt (Name, Anschrift): _____

Ernährung:

- Ich bin Allesesser.
- Ich bin Vegetarier.

Versicherung und ärztliche Versorgung im Krankheitsfall

- Alle Teilnehmer sind durch den Anbieter für die Dauer des Aufenthaltes unfallversichert. Für den Verlust von persönlichen Wertgegenständen wird nicht gehaftet. Bei Krankheitsfällen wird die Krankenversicherung des Teilnehmers in Anspruch genommen.
- Die Erziehungsberechtigten übertragen für die Dauer des Aufenthaltes die Entscheidung über die ärztliche Versorgung und Behandlung bei einer plötzlichen Erkrankung oder einem Unfall der Fahrtleitung und dem behandelnden Arzt, falls diese nicht persönlich sofort dazu befragt werden können.
- Den Erziehungsberechtigten und den Teilnehmern ist bekannt, dass die Versicherungsleistungen des Vereins nur dann gelten, wenn der Teilnehmer sich den Anordnungen der Leitung nicht grob widersetzt hat. Schadensansprüche können deshalb über den üblichen Versicherungsschutz (Haftpflicht/Unfall) in solchen Fällen nicht gestellt werden.

Gesundheitliche Angaben

Für die Teilnahme an Aktionen des Deutschen Alpenvereins ist es wichtig, neben den notwendigen konditionellen Voraussetzungen auch hinreichend gesund zu sein. Wir bitten daher, sich diesbezüglich anhand des nachfolgenden Fragenkatalogs selbst einzuschätzen.

Die Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Wenn relevante gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, wendet euch bitte auch direkt an die Gruppenleitung. Bitte prüft jeweils, ob eure Leistungs- oder Belastungsfähigkeit beeinträchtigt ist oder im Rahmen der Aktion sonstige Rücksichten genommen werden müssen.

Hatten Sie jemals oder haben Sie	Nein	Ja, aber keine Einschränkung	Ja, es bestehen Einschränkungen. Bitte erläutern Sie kurz die Einschränkungen.
Herzbeschwerden, bekannten Herzfehler oder -krankheit, zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?			
Sportverletzungen, Verrenkungen, Knochenbrüche oder Beschwerden an der Wirbelsäule, die Sport beeinträchtigen?			
Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen?			
Epilepsie, Schwindelzustände, Ohnmachtsanfälle?			
Allergien/Unverträglichkeiten (z.B. gegen Insektenstiche, Medikamente, Nahrungsmittel, Blütenstaub, ...)?			
eine Infektionskrankheit? (Bitte auch an Übertragbarkeit denken)			
Müssen Sie auf eine besondere Ernährung achten bzw. spezielle Diäten einhalten?			
sonstige relevante Beschwerden?			

Bitte denkt an einen **aktuellen Tetanusschutz**. Bitte informiert die Gruppenleitung, falls sich vor der geplanten Veranstaltung noch gesundheitliche Veränderungen ergeben haben.

Der Teilnehmer benötigt folgende Medikamente (Name/Dosierung):

Besondere Hinweise für die Gruppenleitung bitte notieren:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum, Unterschrift Teilnehmer

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter