

MEDIPASS für KSJ Veranstaltungen

Name, Vorname _____

Name und Telefonnummer (24 h) der Kontaktperson/ Erziehungsberechtigten

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Vorerkrankungen/ Operationen / Verletzungen _____

Weitere Infos, die zu beachten sind (z.B. Allergien) _____

Notfallmedikamente: (Grund, Name des Medikaments, Dosierung angeben)

Regelmäßige Medikamentengabe: (Uhrzeit, Name, Dosierung)

Hiermit ermächtige ich/ wir die KSJ im Diözesanverband Stuttgart, vertreten durch den/die
Betreuer/in _____ und _____ die oben
genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen und

☐ wenn nötig Zecken zu entfernen

☐ Impfpass und ☐ Versicherungskarte liegen bei / ☐ privat versichert

Ort/ Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten