

Hälsodeklaration – Skogsrå 23

Var vänlig och texta tydligt

Namn: _____ Personnummer (10 siffror): _____

Kår: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Namn och telefon till anhöriga under lägertiden:

Namn: _____ Relation: _____ Telefon: _____

Namn: _____ Relation: _____ Telefon: _____

Var vänlig sätt kryss i rätt ruta för sjukdomar etc. som lägerdeltagare har eller har haft:

	JA	NEJ		JA	NEJ
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergi eller annan överkänslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, ange vad: _____		
Bortopererad Blindtarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Blödarsjuka/ Blodsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Åksjuk/ Sjösjuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TBE-vaccinerad (om ej – gör snarast!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annan sjukdom: _____

Ev. Mediciner: _____

Senaste stelkrampsvaccinering: _____

Annan upplysning till lägersjukvården: _____

- Då lägerdeltagare har en sjukdom som kräver medicinering skall egna mediciner medtagas. Kan vid behov eller vid önskemål förvaras i sjukstugan.
- Lägerläkaren har befogenhet att skicka hem deltagare vid sjukdom/skada som han anser utgör en risk för deltagaren själv eller för övriga deltagare på lägret.
- Hälsokortet förvaras under lägertiden hos ansvarig sjukvårdare på lägret. Uppgifterna är konfidentiella och kommer efter lägret att destrueras.
- Längst upp till höger på den korta tomma raden ovanför personnummer skriver du FÖRSTA bokstaven i förnamnet.
- Ytterligare information kan lämnas på baksidan.

Jag har läst ovanstående och är helt införstådd med de regler som gäller och accepterar dessa.

Målsmans underskrift krävs om du är under 18 år.

Datum _____ Underskrift _____