

## HÄLSOKORT FÖR LÄGERDELTA GARE – YMER 16

Namn:	_____	Personnummer (10 siffror):	_____
Kår:	_____		
Adress:	_____		
Telefon:	_____		
Målsman:	_____		
Namn och telefon till anhörig under lägertiden:			
Namn:	_____	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: _____					
Simkunnig: NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Antal meter: _____					

- 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 brännas.

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

Målsmans underskrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_