



BUNDESPFINGSTLAGER 2019

Gesundheitsbogen

Allgemeine Angaben zum* zur Teilnehmer*in

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
Mitversichert bei (Vor- und Nachname, SV-Nr.)	Krankenkasse

Gesundheits-, Allergie und Sicherheitsinformationen zum* zur Teilnehmer*in

Leidet der*die Teilnehmer*in unter Allergien? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende:	
Wie bzw. in welcher Form tritt die Allergie auf?	
Was ist im Fall einer allergischen Reaktion zu tun?	
Muss der*die Teilnehmer*in regelmäßig Medikamente nehmen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:	
Medikament	Wofür
	Dosis/Tag
Liegen Einschränkungen in Bezug auf die Verpflegung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> laktosefrei <input type="checkbox"/> glutenfrei <input type="checkbox"/> Andere:	
Der*Die Teilnehmer*in ist... <input type="checkbox"/> Schwimmer*in <input type="checkbox"/> Nicht-Schwimmer*in	Blutgruppe des*der Teilnehmer*in (falls bekannt)
Der*Die Teilnehmer*in hat folgende Schutzimpfungen bekommen:	Bettnässer*in: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
FSME (Zecken): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann:	Epilepsie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Masern: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann:	Asthma: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mumps: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann:	Bronchitis: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Röteln: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann:	Herzleiden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Keuchhusten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann:	
Hepatitis A: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann:	
Hepatitis B: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann:	
Diphtherie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann:	
Kinderlähmung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann:	



Was die Betreuer*innen/Organisator*innen sonst noch über die Gesundheit des*der Teilnehmer*in wissen sollten:

Datenschutz

Information zum Seminar- und Veranstaltungsformular gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (Art 13 DSGVO)

Die hier angegebenen personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Bearbeitung der Anmeldung und Teilnahme am Bundespfingstlager 2019 verarbeitet. Die Angabe der Kontakt- und Gesundheitsdaten zur Anmeldung ziehen eine Einwilligung in die dafür notwendige Datenverarbeitung nach sich.

Datenübermittlungen finden nur innerhalb unserer Organisationen statt. Es werden keine Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation übermittelt.

Die Daten werden solange verarbeitet, solange die Daten für die Veranstaltungsabwicklung notwendig sind bzw. solange noch Rückfragen bestehen können. Es findet keine automatisierte Entscheidungsfindung, Scoring, Profiling oder Vergleichbares statt.

Sie haben das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung oder Löschung, sowie ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, auf Widerspruch und auf Datenübertragbarkeit. Im Falle einer vermeintlichen Unstimmigkeit des Schutzes Ihrer personenbezogenen Daten haben Sie das Recht, sich bei der österreichischen Datenschutzbehörde (www.dsb.gv.at) zu beschweren.

Kontaktadresse unseres Datenschutzbeauftragten ist: datenschutz@kinderfreunde.at

Die Datenschutzerklärung finden Sie unter: www.kinderfreunde.at/datenschutz

Ich stimme der elektronischen Verarbeitung der angegebenen Daten zum Zwecke der Veranstaltungsabwicklung zu.

Ort, Datum

Unterschrift des*der volljährigen Teilnehmer*in bzw.
des*der Erziehungsberechtigten