



## PTA-Kartei

Die Daten der PTA-Kartei werden vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich der Gewährleistung der Sicherheit und der optimalen Betreuung während des Pfadialltags. Falls Änderungen der hier angegebenen Daten auftreten, ist dies bitte der Abteilungsleitung der PTA Summervogel zu melden.

### Personalien

Vorname/Name	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Pfadiname	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Geb. Datum	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Adresse	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
PLZ/Ort	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Telefon	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Mobiltelefon	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
E-Mail	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Hausarzt	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Telefon	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Krankenkasse	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Unfallversicherung	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Versicherungsnummer	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.



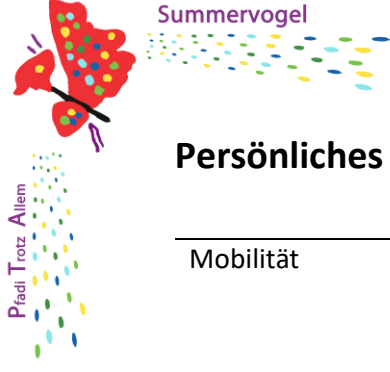
## Wichtiges

Art der Behinderung	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.			
Medikamente	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja, folgende (mit Einnahmezeit): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.			
	Sollen die obengenannten Medikamente durch das Leiterteam verabreicht werden? <input type="checkbox"/> Ja, an den Aktivitäten <input type="checkbox"/> Ja, in Lagern <input type="checkbox"/> Nein			
Allgemeine Abgabe von Medikamenten aus der Lagerapotheke	Das Leitungsteam darf der Teilnehmerin/dem Teilnehmer unter Berücksichtigung allfälliger Allergien Medizinalsalben (Fenistil, Bepanthen etc.) anwenden. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Folgende Medikamente/ Wirkstoffe dürfen auf keinen Fall eingenommen werden:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Anfälle	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> epileptische <input type="checkbox"/> andere, nämlich: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.			
Allergien	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.			
Impfungen	<b>Impfung</b>	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	<b>Falls ja, wann [Jahr]?</b>
	Starrkrampf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
	Zeckenimpfung (FSME)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.



## Persönliches

Mobilität	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Hygiene (Waschen, Zähne putzen, etc.)	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Anziehen	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Schlafen/Lagerung (Bettnässen unbedingt angeben!)	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Essen	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Charaktereigenschaften/ Verhaltensweisen und Reaktionsmöglichkeiten	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Weiteres	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.