



## Einverständniserklärung & Gesundheitsfragebogen

<b>Angaben zum Teilnehmenden</b>		
Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	PLZ und Wohnort	

Hiermit übertragen wir für die Ferienfreizeit der DPSG Dortmund-Barop in Immenhausen (bei Kassel) vom **25.06.2022** bis **10.07.2022** den Leitenden des Sommerlagers die Aufsicht und Betreuung unseres oben genannten Kindes. Wir haben unser Kind davon in Kenntnis gesetzt, dass es den Anweisungen der Leitenden Folge zu leisten hat.

<b>Notfall-Kontaktperson (24 Stunden erreichbar)</b>	
Während dieser Ferienfreizeit ist unsere Adresse wie folgt:	
Vor- und Nachname	Handynummer
Straße und Hausnummer	Festnetz
PLZ und Wohnort	Telefon Arbeitsstelle

### Aktivitäten im Lager

<b>Schwimmen</b>			
Wir erklären uns hiermit einverstanden, dass unser Kind (unter Aufsicht) und Berücksichtigung der Baderegeln schwimmen gehen darf. <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>			
	Schwimmabzeichen		
Ja	Seepferdchen <input type="checkbox"/>	Silber <input type="checkbox"/>	Rettungsschwimmer <input type="checkbox"/>
Nein	Bronze <input type="checkbox"/>	Gold <input type="checkbox"/>	

Wir erklären uns damit einverstanden, dass sich unser Kind nach Absprache in Kleingruppen von mindestens drei Personen ohne Begleitung eines Leiters frei bewegen darf.	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
---	---

Unser Kind darf ohne Einschränkungen an den Aktivitäten im Lager teilnehmen.	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, welche Einschränkungen	



Name (Teilnehmende) : \_\_\_\_\_

<b>Einwilligung zur Behandlung/Operation</b>			
Sollten wir während der Ferienfreizeit nicht erreichbar sein, erteilen wir hiermit den verantwortlichen Leitenden die Erlaubnis, im Notfall einem Arzt Behandlungs- und Operationserlaubnis zu erteilen, wenn er dies für erforderlich hält und für medizinisch notwendig.			
Behandlung		Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Operation		Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

<b>Medikamente</b>				
Unsere Tochter/Unser Sohn nimmt folgende Medikamente regelmäßig ein: (inkl. Dosis)				
Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unsere Tochter/Unser Sohn nimmt folgende Medikamente nach Bedarf ein (inkl. Dosis):

Hiermit erkläre wir uns damit einverstanden, dass unser Kind die <b>oben</b> genannten Medikamente während der Ferienfreizeit von einem Leitenden ausgegeben und unter unserer Aufsicht einnehmen darf.	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>

<u>Freiverkäufliche Medikamente</u>	<u>Die Leitenden dürfen folgende Medikamente ausgeben und die Selbsteinnahme beaufsichtigen</u>	
<b>Paracetamol</b> -Saft (gegen Schmerzen und Fieber)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Myrtol</b> -Kapseln (gegen Erkältungen)		
<b>Wick VapoRub</b> (Erkältungssalbe gegen festsitzenden Husten)		
<b>Ambroxol</b> (Hustensaft)		
<b>Mobilat</b> -Salbe (gegen Verspannungen)		
<b>Fenistil</b> -Salbe (gegen Sonnenbrand und Insektenstiche)		
<b>Fenistil</b> -Tropfen (gegen Insektenstiche)		
<b>Bepanthen</b> (bei Abschürfungen)		
<b>Thrombareduct Sandoz</b> -Gel (gegen Prellungen, Schwellungen und Blutergüsse)		
<b>Octenisept</b> (Desinfektionsmittel zur Desinfektion von Schürfwunden)		
<b>Neo-Angin</b> Lutschtabletten (gegen Halsschmerzen)		
<b>Superpep</b> -Dragées gegen Reiseübelkeit		
<b>Dulcolax</b> -Dragées gegen Verstopfung		

Sonstige Medikamente die <b>nicht</b> eingenommen werden dürfen:	
--	--

Wir geben unserem Kind keine zusätzlichen Medikamente mit, nur solche, die es regelmäßig einnehmen muss.

Name (Teilnehmende) : \_\_\_\_\_

Krankheiten, Operationen im letzten Jahr		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche:			
Letzte Tetanusimpfung		Letzte Zeckenschutzimpfung	
Krankenversichert bei			

Besondere Reiseempfindlichkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Ja: Tabletten nötig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besondere Neigung zu Kopfschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kreislaufbeschwerden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Licht/Sonnenempfindlichkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Inkontinenz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wenn Ja, Welche:	
------------------	--

Hautempfindlichkeit (Ausschlag o.ä.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wenn Ja, Welche:	
------------------	--

Sonstige Beschwerden (z.B. Asthma, Neurodermitis, etc.)	
---	--

Bisher aufgetretene Kinderkrankheiten:	
---	--

**Allergien**

Unser Kind ist gegen folgende Medikamente, Tiere, Lebensmittel, etc. allergisch:

--



Name (Teilnehmende) : \_\_\_\_\_

Was sollte noch beachtet werden?

**Unser Kind ist frei von ansteckenden Krankheiten (wie z.B. dem SARS-CoV-2). Eine Kopie des Impfpasses geben wir den Leitenden mit.**

Wir sind davon in Kenntnis gesetzt worden, dass das Leitungsteam die vorzeitige Rückreise unseres Kindes auf unsere Kosten veranlassen kann, sofern es sich den Anweisungen der Betreuer widersetzt oder vorab geklärte Regeln missachtet hat. Bei einer in Ausnahmefällen und aus schwerwiegenden Gründen vorzeitigen Abfahrt unseres Kindes, tragen wir die Reisekosten. Eine solche Abreise erfolgt ausschließlich in Absprache mit dem Leitungsteam.

Wir sind damit einverstanden, dass bei unserem Kind im Verdachtsfall auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) Selbst- bzw. Schnelltests durchgeführt werden dürfen. Im Falle eines positiven (beaufsichtigten) Selbsttest oder Schnelltests, sind wir mit der Durchführung eines PCR-Tests einverstanden. Das Ergebnis von jeglichen Tests auf das Coronavirus dürfen mit der Bezugsgruppe sowie den Leitenden geteilt werden.

Im Falle eines positiven PCR-Tests stimmen wir zusätzlich auch der Weitergabe von Kontaktinformationen an das zuständige Gesundheitsamt zu und holen unser Kind unverzüglich aus dem Lager ab.

Sonstiges:

Hiermit bestätigen wir, dass alle oben angegebenen Angaben korrekt sind und wir die Leitungsrunde bei Änderungen unverzüglich informieren werden.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\*in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte\*r