

Personenbogen und Erklärung der Sorgeberechtigten zu persönlichen und gesundheitlichen Besonderheiten

zur Kinderfreizeit in 27299 Cluvenhagen vom 27.07. – 11.08.2024

Die Ev. Kirchengemeinde Herten-Disteln und ganz besonders die bei der Reise eingesetzten Teamer wollen Ihrem Kind eine unbeschwerte und in vielerlei Hinsicht ereignis- sowie erlebnisreiche Reise bieten. Hierfür ist es wichtig, dass Sie uns einige wichtige Informationen zu evtl. persönlichen und gesundheitlichen Besonderheiten Ihres Kindes mitteilen, die für eine individuelle Aufsichtsführung unerlässlich sind.

Wir gewährleisten selbstverständlich einen vertraulichen Umgang mit diesen Informationen und bitten Sie, dieses Formular ehrlich und vollständig auszufüllen und unterschrieben zum Infoabend, spätestens aber 10 Tage vor Freizeitbeginn zurückzuleiten.

1. Personenbezogene Daten

Vorname _____ Name _____ Geb.-Datum und Geb.-Ort _____

Straße und Hausnummer _____ PLZ und Ort _____ Telefon _____

Bitte ankreuzen, welchen Ausweis Ihr Kind mitnehmen wird:

Kinderausweis Personalausweis Reisepass

Ausweisnummer _____ Ausstellungsort _____ Ausstellungsdatum _____ Gültig bis: _____

Folgende Dokumente geben wir unserem Kind mit:

Krankenversicherungskarte Kopie des Impfpasses gültiges Ausweisdokument ggf. Kopie des Allergiepasses

Unser Kind geht nach den Sommerferien in die _____ Klasse folgender Schule: _____

2. Versicherungen

Besteht für Ihr Kind eine private Krankenhaus-Zusatzversicherung? nein ja, bei: _____

Besteht für Ihr Kind eine Haftpflichtversicherung? nein ja, bei: _____

3. Erreichbarkeit der Sorgeberechtigten

Für Rückfragen jeglicher Art, etwa zur Abklärung von gesundheitlichen Beschwerden, einer Medikamentengabe oder einer ärztlichen Behandlung oder bei verhaltensbedingten Gründen ist es unerlässlich, dass die Teamer ohne Verzögerung Kontakt zu Ihnen aufnehmen können.

Wir sind während der Reise kontinuierlich (24h) wie folgt erreichbar:

Adresse (ggf. eigene Urlaubsadresse abweichend vom Wohnort) _____ Telefon Festnetz privat / Urlaubstelefon _____

Telefon mobil 1 _____ Telefon mobil 2 _____ Telefon beruflich _____

Email-Adresse 1 _____ Email-Adresse 2 _____ Ggf. weitere Telefonnummern (mobil, dienstlich) _____

Für den Fall unserer Abwesenheit/ Nichterreichbarkeit benennen wir folgende Ansprechperson (Freunde, Nachbarn oder Verwandte) für dringliche Rücksprachen:

Name _____ Adresse _____ Telefon _____

4. Badeerlaubnis, Programmangebote

Das gemeinsame Schwimmen in Schwimmbädern und Seen, die Durchführung von Bootsfahrten oder auch nur der Aufenthalt an Gewässern ist unverzichtbarer Bestandteil von Reisen. Unsere Teamer sind auf die Aufsichtsführung beim Schwimmen sowie beim Wassersport vorbereitet, verfügen aber in aller Regel nicht über eine Rettungsschwimmereausbildung. Um allen Beteiligten ein tolles Badevergnügen zu ermöglichen, benötigen wir von Ihnen genauere Angaben zu den Schwimmkenntnissen Ihres Kindes.

Unser Kind ist: Schwimmer Nichtschwimmer Schwimmabzeichen: _____

Unser Kind kann sich – auch wenn es kein Schwimmbadzeichen besitzt – mindestens 10 Minuten schwimmend über Wasser halten:
 Ja Nein

Unser Kind darf: mit Aufsicht auch ohne Aufsicht überhaupt nicht an gemeinsamen Schwimmveranstaltungen in Schwimm- und Freibädern sowie an Seen, am Meer und an Bootsfahrten auf Seen oder Flüssen teilnehmen.

Am Urlaubsort steht der Gruppe ein gemeindeeigener Kleinbus zur Verfügung, der z. B. für Fahrten zum Arzt oder auch für Ausflüge in die nähere Umgebung genutzt werden kann. Die Möglichkeit der Nutzung durch Ihr Kind ist abhängig von Ihrem Einverständnis. Unser Kind darf an Fahrten mit dem Fahrzeug der Kirchengemeinde teilnehmen. Ja Nein

5. Angaben zu Besonderheiten, Krankheiten und Behinderungen

Unser Kind leidet - nach unserem Wissen - zum jetzigen Zeitpunkt an keinen den nachfolgend aufgeführten körperlichen Beschwerden oder gesundheitlichen Erkrankungen (Herzleiden, Asthma, Diabetes, Allergien, Sehschwäche, Anfallsleiden, ADHS, Essstörung, Hitzeempfindlichkeit, Bettnässen, psychische Erkrankungen etc.), Behinderungen oder Beeinträchtigungen die sich in bestimmten Situationen, im Rahmen geplanter Aktivitäten (Sport, Spiel, Schwimmen etc.) oder ggf. auch ohne Anlass bemerkbar machen könnten und die für die Teamer in der Regel weder äußerlich noch aufgrund des Verhaltens unseres Kindes erkennbar sind:

Bitte geben Sie auch an, seit wann Ihnen sowie Ihrem Kind die Erkrankung, Behinderung oder Beeinträchtigung bekannt ist, ob diese in bestimmten Situationen mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten, sowie ob Ihr Kind mit den Symptomen bereits vertraut ist.

Sofern im Hinblick auf diese Angaben aus unserer Sicht bei der Betreuung unseres Kindes besondere Dinge zu beachten sind, geben wir den Teamern weitere Informationen auf einem extra Blatt bzw. nach telefonischer Rückfrage.

Im Hinblick auf Speisen und Getränke, bzw. deren Zubereitung, muss bei unserem Kind auf folgendes besonders geachtet werden:

Vegetarier Glutenunverträglichkeit Laktoseintoleranz Diabetes _____

Es besteht eine Allergie / Überempfindlichkeit gegenüber folgenden Lebensmitteln / Zutaten: _____
(z.B. Weizenmehl, Nüsse, Eier etc.)

Wir erklären hiermit, dass unser Kind - nach unserem Wissen - zurzeit nicht an einer ansteckenden Krankheit nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes (z. B. Covid 19, Masern, Windpocken, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Läusebefall usw.) leidet. Des Weiteren erklären wir, dass wir mit der Ev. Kirchengemeinde Herten-Disteln unverzüglich Kontakt aufnehmen werden, wenn unser Kind oder ein Familienangehöriger in den letzten 6 Wochen vor Beginn der Reise an einer solchen ansteckenden Krankheit erkrankt oder von Läusen befallen ist. Uns ist bewusst, dass eine solche ansteckende Erkrankung die Teilnahme unseres Kindes an der Reise ausschließt oder - sollte die Erkrankung am Urlaubsort eintreten - ggf. eine vorzeitige Heimreise unseres Kindes erforderlich machen kann.

6. Medikamenteneinnahme

Unser Kind muss aufgrund einer ärztlichen Verordnung regelmäßig Medikamente zu sich nehmen: Ja Nein

Unser Kind führt die entsprechenden Medikamente selbst mit und kann diese auch eigenverantwortlich selbst einnehmen. Unser Kind ist über die Wirkweise und Dosierung der Medikamente aufgeklärt.

Wir werden die auf dem Medikamentenplan aufgeführten Medikamente zu Beginn der Reise an die Teamer übergeben und wünschen, dass diese für die Dosierung und Einnahme der Medikamente gemäß Dosierungshinweis Sorge tragen.
(Hinweis: In diesem Fall muss der beigelegte Medikamentenplan vom zuständigen Arzt ausgefüllt und unterschrieben werden!)

Wir haben unserem Kind weitere Medikamente für übliche Beschwerden mitgegeben und es über die Wirkweise und Dosierung der Medikamente aufgeklärt. Unser Kind ist darüber informiert, dass die Weitergabe von Medikamenten an andere Mitreisende nicht gestattet ist.

Für das Mitführen einzelner unserem Kind oder den Teamern übergebener Medikamente ist eine Bescheinigung nach Art. 75 des Schengener Durchführungsabkommens (www.bfarm.de) erforderlich (z. B. Medikamente zur Behandlung von ADHS). Wir werden dieses Dokument spätestens bei Antritt der Reise den Teamern übergeben. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Dokument unserem Kind die Teilnahme an der Reise, insbesondere wenn diese in das Ausland führt, verweigert werden kann.

Für den Fall, dass Sie hier Angaben gemacht haben, kann es sein, dass wir Kontakt zu Ihnen aufnehmen, um einige wichtige Fragen zu den angegebenen Erkrankungen sowie zur Medikamenteneinnahme mit Ihnen zu besprechen.

Wir weisen darauf hin, dass es den Teamern im Rahmen ihrer Aufsichtspflicht nicht erlaubt ist, eigenverantwortlich medizinische Diagnosen zu treffen und ohne ausdrückliche Erlaubnis der Sorgeberechtigten oder ohne Verordnung durch einen Arzt Medikamente zu verabreichen. Falls bei Ihrem Kind mit dem Auftreten von bestimmten Krankheiten (Übelkeit, Kopfschmerzen, Durchfall etc.) zu

rechnen ist, steht es Ihnen frei, Ihrem Kind Medikamente hierfür mitzugeben und es genau anzuweisen, wann und wie diese anzuwenden sind.

7. Arzt- und Krankenhausbesuch

Sollte Ihrem Kind bei der Reise etwas zustoßen und eine ärztliche Behandlung oder ein ambulanter / stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus erforderlich werden, werden die Teamer versuchen, unverzüglich mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

Wir sind damit einverstanden, dass vom Arzt ggf. für dringend erachtete Schutzimpfungen (z. B. Tetanus) sowie sonstige ärztliche Maßnahmen veranlasst werden können, wenn unser Einverständnis aufgrund besonderer Umstände nicht mehr rechtzeitig vor der Maßnahme eingeholt werden kann.

Unser Kind ist: gesetzlich privat krankenversichert bei: _____

Versicherungs-Nr.

Name der Mutter/ des Vaters, über den das Kind versichert ist:

Name des Hausarztes unseres Kindes

Adresse, Telefon

Ist Ihr Kind gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft? nein ja, zuletzt am _____

Ist Ihr Kind gegen Zecken geimpft? nein ja, zuletzt am _____

8. Qualifizierte Erste Hilfe bzw. besondere medizinische Eingriffe durch die Teamer

Uns ist bekannt, dass es den Teamern ohne eine ausdrückliche Einwilligung der Sorgeberechtigten nicht gestattet ist, eigene Maßnahmen über die Erste Hilfe hinaus zu ergreifen. In einigen Fällen lässt sich durch ein rasches Eingreifen nicht nur eine Ausweitung der Verletzung/Erkrankung, sondern auch ein Arzt- oder Krankenhausbesuch vermeiden.

Wir gestatten den Teamern:

Die Desinfektion von offenen Wunden mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln. ja nein

Das Entfernen von Fremdkörpern aus den oberen Hautschichten (Holzsplitter, Glasscherbe etc.) mit speziell hierfür vorgesehenen Hilfsmitteln und die anschließende Desinfektion der Wunde mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln. ja nein

Das Entfernen von Zecken mit speziell hierfür vorgesehenen Hilfsmitteln und die anschließende Desinfektion der Wunde mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln. ja nein

Uns ist bekannt, dass die Teamer nur berechtigt, aber nicht verpflichtet sind, solche Maßnahmen zu ergreifen.

9. Sonstige Hinweise

Für die Betreuung unseres Kindes geben wir keine die nachfolgend aufgeführten weiteren Hinweise, die für eine individuelle Aufsichtsführung wichtig sind (z. B. besondere Fähigkeiten und Interessen, besonderer Förderbedarf in bestimmten Situationen, besondere Anforderungen an die Aufsichtspflicht in bestimmten Situationen, Zahnklammer tragen, Brillenträger etc.)

Falls es möglich ist, möchte unser Kind gerne auf ein Zimmer mit: _____
(Bitte notieren Sie maximal 1 Namen und beachten Sie, dass wir nicht garantieren können, dass Ihr Wunsch erfüllt werden kann. Es kommen nur Kinder gleichen Alters auf ein Zimmer.)

Wir haben das Elternmerkblatt erhalten und gelesen und erkennen dessen Inhalt durch unsere Unterschrift ausdrücklich an. Unser Kind ist darüber belehrt worden, dass es während der Kinderfreizeit der Aufsichtspflicht des Leitungsteams untersteht und dessen Anordnungen zu befolgen hat.

Wir sind damit einverstanden, dass Bilder, auf denen (auch) unser Kind zu sehen ist, auf den Internet-Auftritten der Gemeinde (Homepage, Facebook, Instagram) veröffentlicht werden und haben das mit unserem Kind gemeinsam entschieden.

Wichtig: Sollte sich bis zum Beginn der Reise an den obigen Informationen etwas ändern; insbesondere im Falle der Änderung von Adress- und Kontaktdaten, wenn neue Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen bekannt werden, bzw. wenn einzelne Informationen nicht mehr zutreffen, so sind Sie im eigenen Interesse verpflichtet, dies umgehend der Ev. Kirchengemeinde Hertens-Disteln mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

MEDIKAMENTENPLAN FÜR:

Vorname _____

Nachname _____

Geb.-Datum _____

	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3	Medikament 4
Name des Medikaments				
Einnahme	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So
Morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Abends	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Vor dem Schlafengehen	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Bemerkungen (z.B. gekühlt lagern etc.)				

Fällt eines der oben aufgeführten Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz? Ja Nein

Wenn ja, bitte zusätzlich das Formular „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung – Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens“ ausfüllen.

Die oben genannte Person führt Notfallmedikamente mit sich: Ja Nein; Bei ja: Welche und wofür? _____

Die oben genannte Person führt Bedarfsmedikamente mit sich: Ja Nein; Bei ja: Welche und wofür? _____

Ort, Datum, Stempel

Unterschrift des behandelnden Arztes