



Name des Teilnehmers

# Notfall-Umschlag

- Kopie des Impfausweises angefügt?
- bei Auslandsreise Kinderausweis angefügt?

## Inhalt:

- Erklärung für die Eltern
- Personalien und Adressen
- „Arztbogen“

## Erklärung für die Eltern

### Liebe Eltern,

natürlich hoffen wir immer, dass im Lager nichts Schlimmes passiert. Doch im Falle eines Falles möchten wir sicherstellen, dass wir in jeder Situation die bestmöglichen Entscheidungen treffen können. Dazu brauchen wir Ihre Hilfe.

Der Fragebogen ist in zwei Kapitel unterteilt. Der erste Teil beschäftigt sich mit Notfallkontakten, sodass wir im Notfall gleich alle wichtigen Kontakte zur Hand haben. Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit den gesundheitlichen Fragen, die auch nur durch die Verantwortlichen des Lagers – und im Notfall ggf. von behandelnden Personen – eingesehen werden sollen. Die Daten werden also keinesfalls ohne Grund an Dritte weitergegeben. Selbstverständlich werden die Daten nur während der Fahrt im Notfall genutzt und nachgehend gelöscht.

Bitte füllen Sie die anschließenden Seiten möglichst vollständig aus, um uns das Lagerleben zu erleichtern und damit im Notfall keine Missverständnisse entstehen.

Sollte der Platz in dem Fragebogen für Ihre Antworten nicht ausreichen, dann fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt hinzu, verweisen Sie dann im Fragebogen auf das zusätzliche Blatt! Ganz wichtig dabei auch: Notieren Sie den Namen des Kindes und das Geburtsdatum auf dem Beiblatt!

Herzlichen Dank

Die Leiterrunde





## Personalien und Adressen

Name des Kindes:

---

Vorname des Kindes:

---

Anschrift:

---

PLZ, Ort:

---

Geburtsdatum:

---

### Privatadresse der bzw. des Erziehungsberechtigten

Name:

---

Vorname:

---

Straße:

---

PLZ, Wohnort:

---

Telefon, privat:

---

Telefon, dienstl.:

---

Mobil:

---

E-Mail:

---

### Ersatz-Anschrift (z.B. Großeltern)

Bin ich/Sind wir nicht zu erreichen benachrichtigen sie bitte:

Name:

---

Vorname:

---

Straße:

---

PLZ, Wohnort:

---

Telefon, privat:

---

Telefon, dienstl.:

---

Mobil:

---

E-Mail:

---

(wenn vorhanden)

Er/Sie ist in diesem Fall auch berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten



## Sonstiges

1. Bei meinem/unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten:  
(Schlafwandeln, Bettnässen, ADS, oder ähnliches):

---

---

---

---

2. Wünsche oder Bemerkungen besonderer Art:

---

---

## „Arztbogen Teil1“

Name und Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

1. Mein/Unser Kind ist krankenversichert bei (Name und Adresse der Versicherung):

---

---

2. Versicherungsnehmer (Name und Geburtsdatum) und Versicherungsnummer:

---

---

Bitte geben Sie bei der Lagerleitung oder dem Gruppenleiter die Krankenversichertenkarte ihres Kindes und den Impfpass (auch Kopie) in einem Umschlag mit Namen beschriftet vor der Fahrt ab.

3. Mein/unser Kind wurde zuletzt am \_\_\_\_\_ gegen Tetanus und am

\_\_\_\_\_ gegen FSME (Zecken) geimpft.

4. Hausarzt/Kinderarzt

Name:

---

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

5. Gibt es bei Ihrem Kind ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche?

Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_

6. Bestehende Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

---

---



## „Arztbogen Teil 2“

Name und Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

7. Bestehende / akute / chronische Krankheiten / Allergien oder andere Besonderheiten:  
(z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie (Fallsucht), Trommelfellschäden, Herzfehler, etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Mein/Unser Kind benötigt zur Zeit folgende(s) Medikament(e):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gebrauchsanweisung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Mein/Unser Kind wird diese Medikamente selbstständig einnehmen.

Ja  Nein

10. Fallen diese Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz? (BTM)

Nein  Ja – die Bescheinigung des Arztes lege ich bei.

11. Ich erlaube/Wir erlauben die Verabreichung von frei verkäuflichen und  
homöopathischen Medikamenten und Salben lt. Packungsbeilage des Herstellers.

Ja  Nein

12. Ich/Wir nehmen zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem/unserem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.

13. Wir erklären, dass unser Kind nach unserem Wissen frei von ansteckenden Krankheiten ist.

14. Sonstige wichtige medizinische oder andere Hinweise:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten