

Personenbogen und Erklärung der Sorgeberechtigten zu persönlichen und gesundheitlichen Besonderheiten

Die Ev. Jugend und ganz besonders die für die Sommerfahrt 2024 nach Sachsen (Kurort Rathen/ Elbsandsteingebirge) eingesetzten Teamer wollen Ihrer Tochter/ Ihrem Sohn¹ eine unbeschwerte und in vielerlei Hinsicht ereignis- sowie erlebnisreiche Zeit bieten. Hierfür ist es wichtig, dass Sie der Ev. Jugend einige wichtige Informationen zu evtl. persönlichen und gesundheitlichen Besonderheiten Ihres Kindes mitteilen, die für eine individuelle Aufsichtsführung unerlässlich sind.

Die Ev. Jugend gewährleistet selbstverständlich einen vertraulichen Umgang mit diesen Informationen und möchte Sie bitten, dieses Formular ehrlich und vollständig auszufüllen und unterschrieben bis spätestens 3. Juni 2024 an die Evang. Jugend Magdeburg zurückzuleiten.

1. PERSONENBEZOGENE DATEN

Vorname	Nachname
Straße	Hausnummer
PLZ	Wohnort
Geb.-Datum	Geb.-Ort
Staatsangehörigkeit/ Nationalität	

Möglichkeit ein Passfoto
einzukleben!

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Personalausweis-Nr.: _____ Ausstellungsort: _____

Ausstellungsdatum: _____ Gültig bis: _____

Folgende Dokumente geben wir unserem Kind mit:

- Krankenversicherungskarte
- Kopie des Impfpasses
- gültigen Kinder- oder Personalausweis

2. VERSICHERUNGEN

Besteht für Ihr Kind eine Haftpflichtversicherung? ja nein

Bei ja, bitte den Namen der Versicherung angeben: _____

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen im fortlaufenden Text verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

3. ERREICHBARKEIT DER SORGBERECHTIGTEN

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

Wir sind 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

Gemeinsames Schwimmen in Schwimmbädern und Seen, die Durchführung von Bootsfahrten oder auch nur der Aufenthalt an Gewässern ist ein Bestandteil von Ferienaktivitäten der Ev. Jugend. Unsere Teamer sind auf die Aufsichtsführung beim Schwimmen sowie beim Wassersport besonders vorbereitet, verfügen aber in aller Regel nicht über eine Rettungsschwimmerausbildung. 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 Schwimmabzeichen besitzt – mindestens 10 Minuten schwimmend über Wasser halten: Ja Nein

Unser Kind darf: nur 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.

Unser Kind : ist Radfahrer darf ohne Aufsicht n. Absprache mit der Leitung eigenverantwortlich bzw. in einer Kleingruppe unterwegs sein

Mein Kind darf an den (ggf. von Fremdanbietern) vor Ort angebotenen Angeboten | Sportkursen etc. teilnehmen:

Klettern Paddeln Kajakfahren Mountainbiken

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, Hitzempfindlichkeit, 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 ganz besondere Dinge zu beachten sind, geben wir den Teamern weitere Informationen auf einem Beiblatt bzw. nach telefonischer Rückfrage.

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

- Vegetarier kein Schweinefleisch Glutenunverträglichkeit Laktoseintoleranz Diabetes
 _____ _____

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

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 Erlebnistage 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 Medikamentenplan (s. letzte Seite) 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 Medikamenten 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 zu Beginn der Erlebnistage den Teamern übergeben. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Dokument unserem Kind die Teilnahme an den Erlebnistagen verweigert werden kann.

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

Die Ev. Jugend weist 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. Im Falle von Erkrankungen werden die Teamer, bevor vor Ort ein Arzt konsultiert wird, immer versuchen, Kontakt mit Ihnen aufzunehmen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Wir erklären hiermit, dass unser Kind - nach unserem Wissen - zurzeit nicht an einer ansteckenden Krankheit nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes (z. B. Masern, Windpocken, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Läusebefall usw.) leidet. Des Weiteren erklären wir, dass wir mit der Ev. Jugend unverzüglich Kontakt aufnehmen werden, wenn es oder ein Familienangehöriger in den letzten 6 Wochen vor Beginn der Ferientage an einer solchen ansteckenden Krankheit erkrankt oder von Läusen befallen ist. Uns ist bewusst, dass eine solche ansteckende Erkrankung die Teilnahme unseres Kindes an den Erlebnisagen ausschließt.

7. ARZT- UND KRANKENHAUSBESUCH

Sollte Ihrem Kind während der Erlebnistage 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 Mitglied in folgender Krankenkasse

Versicherungs-Nr.

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

Name des Hausarztes unseres Kindes

Adresse, Telefon

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:

- ja nein 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.

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 etc.)

Wichtig: Sollte sich bis zum Beginn der Erlebnistage 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. Jugend mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Unterschrift der/des
Personensorgeberechtigten

MEDIKAMENTENPLAN

FÜR:

Vorname

Nachname

Geb.-Datum

	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3
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.
Morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Abends	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Vor dem Schlafengehen	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Bemerkungen (z.B. gekühlt lagern etc.)			

Im Hinblick auf Wechselwirkungen mit den oben angegebenen Medikamenten darf Alkohol konsumiert werden: ja nein

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