

Notfall-Umschlag

Inhalt:

1. Erklärung für die Eltern / Sorgeberechtigte
 2. Personalien und Adressen
 3. Aufsichtspflicht und Ähnliches
 4. „Arztbogen“
 5. Medikamentengabe
- Impfpass (bitte zu den Kursteilen mitbringen)
 - Krankenversicherungskarte (bitte zu den Kursteilen mitbringen) oder Informationen zur Privatversicherung



1. Erklärung für die Eltern / Sorgeberechtigte

Liebe Teilnehmer*innen, liebe Eltern / Sorgeberechtigte,

dieser Bogen soll die Vorbereitung unserer Veranstaltung erleichtern und Unsicherheiten vermeiden. Dieser Bogen stellt weder eine rechtliche noch eine gesundheitliche Beratung oder Empfehlung dar. Natürlich hoffen wir immer, dass bei unserer Veranstaltung 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.

Bitte verpflichten Sie sich, die anschließenden Seiten vollständig auszufüllen, um uns die Durchführung zu ermöglichen und um Missverständnissen im Notfall vorzubeugen. Ziel ist die Sicherung der bestmöglichen Versorgung, weshalb bspw. Angaben zu Eigenschaft als Bluter oder Medikamentenunverträglichkeiten lebensrettend sein können.

Hinweise zum Datenschutz:

Die Daten, die in diesem Bogen erfasst werden, werden nur für den Zweck der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung dieser Veranstaltung erfasst und genutzt.

Die Kursteamer*innen sind sensibilisiert und verpflichtet, sich an das Datengeheimnis zu halten.

Die Informationen werden vertraulich behandelt und nur im Notfall zur Versorgung an Dritte weitergegeben, wozu wir rechtlich verpflichtet sind.

Die Daten werden sicher aufbewahrt.

Nach der Veranstaltung wird der Umschlag mit allen enthaltenen Informationen vernichtet.

(Den Impfpass und die Krankenversicherungskarte erhalten Sie natürlich zurück.)

Die Einwilligung zur Datenverarbeitung orientiert sich am Kirchlichen Datenschutzgesetz (KDG).

Ohne diese Daten kann Ihr Kind nicht an der Maßnahme teilnehmen, da wir Sicherheit und Aufsichtspflicht sonst nicht gewährleisten können.

Herzlichen Dank!

Im Auftrag des Kursteams

Vanessa Uptmoor, Dekanatsjugendreferentin



2. Personalien und Adressen

Name des Kindes: _____
Vorname des Kindes: _____
Anschrift: _____
PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind (Vor- und Nachname)

_____ am **KjG Kurspaket 22/23** des **KjG Dekanats Esslingen-Nürtingen** in Kooperation mit dem **Kath. Jugendreferat Esslingen-Nürtingen** (nachfolgend Veranstalter genannt) teilnimmt.

Bei Notfällen verständigen Sie bitte:
Privatadresse der bzw. des Erziehungsberechtigten

Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon, privat: _____
Telefon, dienstl.: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Hiermit stimme ich der Verwendung dieser personenbezogenen Daten für die o.g. Zwecke im Sinne dieser Veranstaltung zu.

3. Aufsichtspflicht und Ähnliches

Name und Vorname des Kindes: _____

1. Ich erkläre mich/wir erklären uns damit einverstanden, dass meine/unsere Tochter bzw. mein/unsere Sohn nach mehrfachen, groben Verstößen gegen die Anordnungen und nach Ermessen der Veranstalter/der aufsichtsführenden Person vorzeitig und ohne Anspruch auf Entschädigung (keine Kostenrückerstattung) auf eigene Gefahr und auf Kosten der Personensorgeberechtigten nach Hause geschickt werden kann. Für eigenmächtiges Handeln meines/unsere Kindes übernehme ich/übernehmen wir als Sorgeberechtigte die volle Verantwortung.

2. Bei meinem/unsere Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten: (Schlafwandeln, ADS, oder ähnliches):

3. Besondere Anforderungen an die Verpflegung
(z.B. vegetarisch, vegan, zu beachtende Allergien)

Ort/Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Hiermit stimme ich der Verwendung dieser personenbezogenen (Gesundheits-)Daten für die o.g. Zwecke im Sinne dieser Veranstaltung zu.

4. Umgang im Krankheitsfall / medizinische Angaben

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 oder ihr Kind bei Beginn jedes Kursteils die Krankenversichertenkarte Ihres Kindes (ggf. Auslandskrankenschein) und den Impfpass (auch Kopie) 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/Allergien auf Insektenstiche?

Nein Ja, folgende: _____

6. Bestehende / akute / chronische Krankheiten / Allergien oder andere Besonderheiten: (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie (Fallsucht), Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Trommelfellschäden, Herzfehler, etc.), die mein/unser Kind von der Teilnahme an bestimmten Aktivitäten (z.B. Sport) ausschließen würde oder auf die die Leiterinnen und Leiter besonders achten müssen:

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

Ja (bitte Vorlage für Medikamentengabe ausfüllen) Nein

8. Diese Medikamente darf mein/unser Kind nicht zu sich nehmen:

9. Ich bin damit einverstanden, dass Fremdkörper wie Holzsplitter und Glasscherben aus der Haut meines Kindes mit den notwendigen Hilfsmitteln entfernt werden dürfen:

Ja Nein

10. Ich bin damit einverstanden, dass Zecken aus der Haut meines Kindes mit den notwendigen Hilfsmitteln entfernt werden dürfen:

Ja Nein, im Fall von Zecken bitte zum Arzt gehen.

11. Folgende Medikamente dürfen im Bedarfsfall verabreicht werden:

_____ (s.u.)
 Ja Nein

12. Ich bin damit einverstanden, dass die Kursteamer*innen im Dringlichkeitsfall mein/unser Kind von einem Arzt/einer Ärztin behandeln lassen.

Ja Nein

13. Ich bevollmächtige/wir bevollmächtigen hiermit den/die im Dringlichkeitsfall hinzugezogenen Arzt/Ärztin alle wichtigen Entscheidungen für die Gesundheit unseres Kindes zu treffen. In diesem Fall darf der Veranstalter vom behandelnden Arzt Informationen, Behandlungsunterlagen etc. erhalten und weitergeben.

Ja Nein

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

Ja Nein

15. Sonstige wichtige medizinische oder andere Hinweise:

Ort/Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Hiermit stimme ich der Verwendung dieser personenbezogenen Gesundheitsdaten für die o.g. Zwecke im Sinne dieser Veranstaltung zu.

5. Medikamentengabe (nur bei Bedarf ausfüllen)

Name des Jugendlichen: _____ Geburtstag: _____

Medikament	1. Name des Medikaments	2. Name des Medikaments	3. Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Abends	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Bemerkungen/ Dauer der Einnahme			

Fallen diese Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz (BTM)?

- Ja, die Bescheinigung des Arztes liegt bei.
 Nein

Ich erkläre/wir erklären hiermit, dass unser Kind in der Lage ist, die benötigten Medikamente eigenverantwortlich einzunehmen:

- Ja
 Nein, es bedarf einer Beaufsichtigung
 Nein, es bedarf der Überwachung/Verabreichung
(bitte nachstehende Ermächtigung ausfüllen)

Ermächtigung der Eltern/der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/wir

Name des/der Sorgeberechtigten

die Teamer*innen des KJG Kurspaket 2022/23

meinem/unserem Kind _____
Name des Jugendlichen

die o.g. Medikamente zu den gegebenen Zeiten zu verabreichen.

Rufnummer des behandelnden Arztes für Rückfragen:

Name

Telefonnummer

Ort/Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Hiermit stimme ich der Verwendung dieser personenbezogenen Gesundheitsdaten für die o.g. Zwecke im Sinne dieser Veranstaltung zu.