



# Notfall-Umschlag

Pfadfinderstämme Sendenhorst

## 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.

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

Das vollständig ausgefüllte Dokument können Sie am Abreisetag (am besten in einer Klarsichthülle mit der Kopie des Impfpasses und der Versichertenkarte) dem Gruppenleiter Ihres Kindes mitgeben.

Herzlichen Dank

Die Lagerleitung

## Inhalt:

- Personalien und Adressen
- Erklärung der Eltern
- Kopie des Impfpasses
- Versichertenkarte

# Personalien und Adressen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass mein /unser Kind an dem Diözesanlager vom 25.05. bis zum 28.05.2015 in Wesel teilnimmt.

## Bei Notfällen verständigen Sie bitte:

*Privatadresse der bzw. des Erziehungsberechtigten*

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon, privat: \_\_\_\_\_

Telefon, dienstl.:\*

Mobil:\*

## 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:\*

*\*(wenn vorhanden)*

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

# Erklärung der Eltern

Name und Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

1. Ich/Wir

erlaube/n  erlaube/n nicht

dass mein/unser Kind am Baden in \_\_\_\_\_ einer geschlossenen Badeanstalt oder an einem durch Rettungsschwimmer beaufsichtigten See teilnimmt.

2. Unser Kind ist

Schwimmer  Nichtschwimmer und darf unter Aufsicht schwimmen.

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

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

4. Unser Kind benötigt zur Zeit folgende(s) Medikament(e):

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

Gebrauchsanweisung/Dosierung:

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

5. Unser Kind wird diese Medikamente selbstständig einnehmen.

Ja  Nein – (Bitte vor Lagerantritt dem entsprechenden Leiter mitgeben)

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

Nein  Ja – die Bescheinigung des Arztes lege ich bei.

7. Unser Kind ist krankenversichert bei (Name und Adresse der Versicherung):

\_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer (Name und Geburtsdatum) und Versicherungsnummer:

\_\_\_\_\_

8. Hausarzt/Kinderarzt:

Name: \_\_\_\_\_

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

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

9. Unser Kind wurde zuletzt am \_\_\_\_\_ gegen Tetanus und am \_\_\_\_\_ gegen FSME (Zecken) geimpft.

**Name und Geburtsdatum des Kindes:** \_\_\_\_\_

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

---

---

11. Unser Kind ist Vegetarier?

 Ja Nein

12. Gibt es ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche?

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

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

 Ja Nein

14. Mein/Unser Kind darf im Notfall während des Pfingstlagers in Privat-PKWs mitfahren.

15. Wünsche oder Bemerkungen besonderer Art:

---

---

16. 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.

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

18. Uns ist bekannt, dass für Unfälle, die durch Ungehorsam, höhere Gewalt oder boshafte Übertretung der Freizeitordnung entstehen, eine Verantwortung des Trägers nicht übernommen werden kann.

19. Uns ist bekannt, dass unser Kind vorzeitig nach Hause geschickt werden kann, wenn:

1. ihr/sein Verhalten

2. Bewusste Fehlinformation der Eltern

den ordnungsgemäßen Ablauf der Ferienfreizeit gefährdet. In diesem Fall sind alle anfallenden Kosten (auch für den begleitenden Betreuer) von uns unverzüglich zu erstatten.

**Name und Geburtsdatum des Kindes:** \_\_\_\_\_

20. Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind tagsüber ohne Begleitung eines Betreuers, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmern den Lagerplatz verlassen darf.
21. Mir / Uns ist bewusst, dass mein / unser Kind auf Fotografien, die im Rahmen des Lagers getätigt werden, zu sehen sein kann. Solche Gruppenfotos werden i.d.R. nur innerhalb des Diözesanverbandes / des Pfadfinderstammes verwendet.

Nichtzutreffendes bitte streichen!

**Bitte vergessen Sie nicht, die Kopie des Impfpasses sowie die  
Versichertenkarte bei Abgabe dieses Dokumentes beizufügen!**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

