

Auskunfts- und Gesundheitsbogen

Bitte per Mail zurück bis spätestens 10.03.2024

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Der:Die Teilnehmer:in ist in einer gesunden körperlichen und psychischen Verfassung und kann und darf grundsätzlich an Freizeitaktivitäten wie Sport etc. uneingeschränkt teilnehmen.

Ja Nein

Der:Die Teilnehmer:in kann Schwimmen und darf ohne Aufsicht im Meer schwimmen.

Ja Nein

Der:Die Teilnehmer:in darf zusammen mit mindestens zwei weiteren Teilnehmenden und dem Wissen der Verantwortlichen ohne Betreuer*in sich frei an Land bewegen. Für diese Zeit sind die Verantwortlichen von der Aufsichtspflicht entbunden.

Ja Nein

Besteht/en bei dem/der Teilnehmer/in:	Ja	Nein
Herzbeschwerden, bekannte Herzfehler, Herzkrankheiten?		
Blutdruckanomalien?		
Asthma, Bronchitis oder ähnliche Beschwerden der Atemwege?		
Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen?		
Schwindelzustände, Ohnmachtsanfälle, Migräne, häufig starke Kopfschmerzen?		
Epilepsie		
Allergien		
Ausreichender Impfschutz (v.a. Tetanus, FSME)?		
Psychische Erkrankungen		

Falls Sie eine der Fragen mit Ja bzw. die Frage nach dem ausreichenden Impfschutz mit Nein beantwortet haben, erläutern Sie dies bitte exakt: Bzw. ergänzen Sie nicht aufgeführte Krankheiten.

Sonstige Krankheiten/Beschwerden/Besonderheiten, welche oben nicht aufgeführt sind

Nimmt der:die Teilnehmer:in Medikamente? Wenn ja, welche?

Der:Die Teilnehmer:in nimmt die oben aufgeführten Medikamente selbstständig ein

Ja Nein

Wenn nein, wird eine Erinnerung durch Betreuungspersonen benötigt? (Die Betreuungspersonen sind nicht berechtigt Medikamente zu verabreichen)

Ja Nein

Hat der:die Teilnehmer:in Lebensmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

Oberflächliche Wunden dürfen mit Hilfe von handelsüblichen Desinfektionsmitteln und Wundschnellverband versorgt werden?

Ja Nein

Darf die Leitung in einem Notfall, in welchem die besondere Zustimmung der Erziehungsberechtigten nicht rechtzeitig eingeholt werden kann und der Arzt schnelles

Handeln für erforderlich hält, über die Durchführung eines ärztlichen Eingriffes stellvertretend für die Eltern entscheiden?

Ja Nein

In emotionalen Krisen kann dem:er Teilnehmer:in folgendes helfen:

Name und Nummer der Krankenversicherung (trotzdem Versicherungskarte mitnehmen):

Versichert durch (mit Geburtsdatum):

Notfallkontakt:

Welche Personen dürfen wir im Notfall kontaktieren?

Name und Beziehung zum Teilnehmenden

Kontaktdaten (Telefonnummer, Handynummer, Email Adresse)

Bei Krankheitssymptomen (von ansteckenden Krankheiten) ist eine Teilnahme untersagt und ich melde mich zu Abklärung zeitnah bei den Veranstaltenden.

Ich/ wir erkläre/n die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Falls sich nach dem Ausfüllen Änderungen ergeben sollten, teile/n ich/ wir dies den Veranstaltenden unverzüglich mit.

Ort und Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten
bzw. Teilnehmende über 18