



Anlage [B.1] Lagerpass Minderjährige

Personal- und Gesundheitsbogen für minderjährige Teilnehmende

1. PERSONENDATEN

A: Teilnehmer*in

.....
Vorname

.....
Nachname

.....
Straße

.....
Hausnummer

.....
PLZ

.....
Wohnort

.....
Geb.-Datum

.....
Geb.-Ort

männlich weiblich divers

B: Personensorgeberechtigte*r

.....
Vorname

.....
Nachname

.....
Straße

.....
Hausnummer

.....
PLZ

.....
Wohnort

.....
Geb.-Datum

.....
Geb.-Ort

männlich weiblich divers

2. ERREICHBARKEIT DER SORGEBERECHTIGTEN

Für Rückfragen jeglicher Art, wie Änderungen der Rückkehrzeit, zur Abklärung von gesundheitlichen Beschwerden, einer Medikamentengabe, Heimweh, einer ärztlichen Behandlung oder bei verhaltensbedingten Gründen ist es unerlässlich, dass wir als Leitende ohne Verzögerung Kontakt zu Ihnen aufnehmen können.

Wir sind während der Reise kontinuierlich (24h) wie folgt erreichbar:

.....
Anschrift (ggf. eigene Urlaubsadresse abweichend vom Wohnort)

.....
Telefon/ Handy/ E-Mail 1

.....
Telefon/ Handy/ E-Mail 2

.....
Telefon/ Handy/ E-Mail 3

.....
Telefon/ Handy/ E-Mail 4





Anlage [B.1] Lagerpass Minderjährige

Personal- und Gesundheitsbogen für minderjährige Teilnehmende

3. ZUR HEIMHOLUNG BERECHTIGTE VERTRETER DER SORGEBERECHTIGTEN

Für den Fall unserer Abwesenheit/ Nichterreichbarkeit benennen wir folgende Ansprechperson*en. (Verwandte, Freunde, Nachbarn, ...) für dringliche Rücksprachen und zur Heimholung.

..... Anschritt Beziehung zu Kind (z.B. Oma)
..... Telefon/ Handy/ E-Mail 1 Telefon/ Handy/ E-Mail 2
..... Anschritt Beziehung zu Kind (z.B. Opa)
..... Telefon/ Handy/ E-Mail 1 Telefon/ Handy/ E-Mail 2

4. VERSICHERUNGEN

Besteht für Ihr Kind eine Auslandsreisekrankenversicherung? Ja Nein

.....
Name der Versicherung & Versichertennummer

Besteht für Ihr Kind eine private Zusatzversicherung? Ja Nein

.....
Name der Versicherung & Versichertennummer

Besteht für Ihr Kind eine Haftpflichtversicherung? Ja Nein

.....
Name der Versicherung & Versichertennummer

5. ARZT- UND KRANKENHAUSBESUCHE – Krankenversichertenkarte & Impfausweis (Kopie)

Sollte Ihrem Kind bei der Reise etwas zustoßen und eine ärztliche Behandlung oder ein ambulanter/ stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus erforderlich werden, werden die Leitenden versuchen, unverzüglich mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

.....
Unser Kind ist Mitglied in folgender Krankenkasse

.....
Versicherungs-Nr.

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

privat gesetzlich

.....
Name des Hausarztes unseres Kindes

.....
Adresse, Telefon

Ja, ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass mein Kind bei Bedarf/ einem Notfall medizinische Behandlung bei einem Arzt/ einer Ärztin in einem Krankenhaus erhalten wird. Im Falle einer Nichterreichung der Sorgeberechtigten darf der Arzt/ die Ärztin/ das Krankenhaus die medizinisch notwendigen Schritte durchführen.





Anlage [B.1] Lagerpass Minderjährige

Personal- und Gesundheitsbogen für minderjährige Teilnehmende

6. ERSTE HILFE UND VERSORGUNG VON WUNDEN UND VERLETZUNGEN

Den Leitenden ist ohne eine ausdrückliche Einwilligung der Sorgeberechtigten nicht gestattet, eigene Maßnahmen, die über die 1. Hilfe hinaus gehen zu ergreifen. Das bedeutet, dass es uns gesetzlich nicht erlaubt ist, auch nur kleinste Wunden zu versorgen. Daher bitten wir Sie, uns hiermit für folgende „Behandlungen“ von diesem Verbot auszuschließen, um den Kindern eine schnelle Linderung verschaffen zu können und ggf. einen Arzt- oder Krankenhausbesuch zu vermeiden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Leitenden bei meinem Sohn/ meiner Tochter...

- ... kleine Wunden mit antiseptischer Salbe & Pflastern versorgen.
- ... Wunden mit handelsüblichem Desinfektionsmittel desinfizieren.
- ... Fremdkörper aus den oberen Hautschichten (Holzsplitter, Glasscherben, etc.) entfernen.
- ... Insektenstichen mit einer entsprechenden Salbe versorgen.
- ... nach Zecken suchen. (Nur bei Bedarf und nur durch eine(n) gleichgeschlechtliche(n) Leitenden.)
- ... Zecken entfernen.

Hierzu müssen die Leitenden folgendes wissen:

.....

.....

- Ja, ich erkläre mich mit den vorangegangenen Ausnahmen der Minimalbehandlung meines Kindes durch einen Leiter einverstanden. Dabei habe ich zur Kenntnisgenommen, dass die Leitenden nur berechtigt, aber nicht verpflichtet sind, solche Maßnahmen zu ergreifen.

7. ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

Es besteht eine Allergie/ Überempfindlichkeit gegenüber folgenden Lebensmitteln/ Zutaten/ ...

- Heuschnupfen Pollen Gräser Insektenstiche

Sonstiges (Bitte genaue Angaben machen)

.....

.....

.....

.....

8. ERNÄHRUNG

Bitte informieren Sie uns im Hinblick auf Speisen & Getränke bzw. deren Zubereitung. Bei meinem Kind muss auf folgendes geachtet werden:

- Vegetarische Ernährung Vegane Ernährung kein Schweinefleisch
- Glutenunverträglichkeit Laktoseintoleranz Diabetes
-





Anlage [B.1] Lagerpass Minderjährige

Personal- und Gesundheitsbogen für minderjährige Teilnehmende

9. VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE MEDIKAMENTE

Mein 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 aufgeführte Medikamente zu Beginn der Reise an die Leitenden 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 Medikament 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 Leitenden übergebener Medikamente ist eine Bescheinigung nach Art. 75 des Schenger Durchführungsabkommens (www.bfarm.de) erforderlich (z.B. Medikamente zur Behandlung von ADHS). Wir werden dieses Dokument spätestens bei Antritt der Reise den Leitenden übergeben. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Dokument unserem Kind die Teilnahme an der Reise, insbesondere wenn diese in das Ausland führt, verweigert werden kann.

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

Wir weisen darauf hin, dass es uns Leitenden im Rahmen unserer Aufsichtspflicht nicht erlaubt ist, eigenverantwortlich medizinische Diagnosen zu stellen 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 Leitenden, bevor vor Ort ein Arzt konsultiert wird, immer versuchen Kontakt mit Ihnen aufzunehmen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

10. REZEPTFREIE MEDIKAMENTE

Bei Bedarf können wir Ihrem Kind rezeptfreie Medikamente wie Globuli (z.B. Arnika oder Apis), Halstabletten, Wund- oder Sticksalbe, Desinfektionsspray verabreichen. Hierzu benötigen wir aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Bei größeren Problemen nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen und ggf. einer Ärztin/einem Arzt vor Ort auf. Wenn Sie uns keine Zustimmung geben, müssten wir Ihr Kind bei jeder Verletzung (z.B. Wespenstich) zur Ärztin/zum Arzt bringen.

- Ja, ich erkläre mich einverstanden, dass die Leitenden meinem Kind rezeptfreie Medikamente zur Linderung akuter Schmerzen/ Krankheitssymptome verabreichen.





Anlage [B.1] Lagerpass Minderjährige

Personal- und Gesundheitsbogen für minderjährige Teilnehmende

11. FÄHIGKEITEN ALS SCHWIMMER

Baden erfolgt im Lager nur unter Aufsicht der Leitenden oder des vor Ort tätigen Badepersonals. Damit allen Beteiligten ein schönes Badeerlebnis ermöglicht wird, benötigen wir genauere Angaben zu den Schwimmkenntnissen Ihres Kindes.

Mein Kind ist Nichtschwimmer oder sehr unsicherer Schwimmer ja

Mein Kind ist auch in einem See oder Fluss geübter Schwimmer ja

Mein Kind darf...

- ...überhaupt nicht...
- ...nur mit Aufsicht...
- ...auch ohne Aufsicht...

... an gemeinsamen Schwimmveranstaltungen in Schwimm- und Freibädern sowie an Seen, am Meer und an Bootsfahrten auf Seen oder Flüssen teilnehmen.

12. KRANKHEITEN, BEHINDERUNGEN, BESONDERHEITEN

Zum jetzigen Zeitpunkt hat unser Kind, nach unserem Wissen...

...körperliche Beschwerden oder gesundheitliche Erkrankungen (Herzleiden, Asthma, Diabetes, Allergien, Sehschwäche, Anfallsleiden, ADHS, Essstörung, Hitzeempfindlichkeit, 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 Leitenden in der Regel weder äußerlich noch aufgrund des Verhaltens unseres Kindes erkennbar sind.

Nein

Ja → Bitte im Folgenden näher ausführen.

Bitte geben Sie hier auch an, seit wann Ihnen sowie Ihrem Kind die Erkrankung, Behinderung oder Beeinträchtigung bekannt ist. Zusätzlich schildern Sie bitte, ob diese in bestimmten Situationen mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten und außerdem, ob Ihr Kind mit den Symptomen vertraut ist.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Falls im Hinblick auf die getätigten Angaben aus Ihrer Sicht bei der Betreuung Ihres Kindes besondere Dinge zu beachten sind, geben Sie bitte den Leitenden weitere Informationen auf einem zusätzlichen Blatt bzw. per Telefon.





Anlage [B.1] Lagerpass Minderjährige

Personal- und Gesundheitsbogen für minderjährige Teilnehmende

13. PROGRAMMEINSCHRÄNKUNGEN

Die Handhabung von Werkzeug (Säge, Beil, Spaten usw.) unter Aufsicht ist im Lager selbstverständlich. Das eigene oder ein geliehenes Taschen- oder Fahrtenmesser dürfen die Kinder nach vorgegebenen Regeln auch ohne Aufsicht benutzen. Bei Interesse wollen wir den Kindern unter Aufsicht besondere Erlebnisse ermöglichen, wie z.B. Nachtwanderung, Erkundung von Höhlen und Ruinen, Baden in Fluss oder See, Kontakt mit Tieren (nicht Wildtieren).

Einschränkungen oder Bemerkungen:

.....
.....

14. UNBEAUFSICHTIGE ERKUNDUNG DES GELÄNDES IN KLEINGRUPPEN

In der Regel sind die Kinder außerhalb des Lagerplatzes nicht ohne Aufsicht. Dennoch wollen wir ihnen, nach Absprache von Uhrzeit, Dauer, Gebiet, Vorhaben und Beteiligten auch kleinere Unternehmungen ohne direkte Aufsicht erlauben (z.B. Erkundungsgang oder Geländespiel).

O Ja, mein Kind darf sich in Kleingruppen (min. 3 Kinder) ohne direkte Aufsicht der Leitenden bewegen.

Einschränkungen oder Bemerkungen:

.....
.....

15. SONSTIGE HINWEISE

Für die Betreuung meines/ 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.)

.....
.....
.....





Anlage [B.1] Lagerpass Minderjährige

Personal- und Gesundheitsbogen für minderjährige Teilnehmende

16. ERGÄNZENDE TEILNAHMEBEDINGUNGEN

Informationen und Einwilligungen des/der Personensorgeberechtigten

- Im Lager anfallende Dienste wie Küchendienst, Sanitärräume säubern etc. werden durch Mithilfe aller Teilnehmer erledigt.
- Bei groben und wiederholten Verstößen gegen die Lagerregeln oder bei unsozialem Verhalten gegenüber anderen können einzelne Teilnehmer von der Fahrt ausgeschlossen werden. Die unverzügliche Heimkehr hat durch bzw. auf Kosten der Personensorgeberechtigten zu erfolgen. Eine Erstattung der Kosten seitens des Stammes findet in solchen Fällen nicht statt.
- Für Schäden, die Ihr Kind während einer Veranstaltung verursacht, haften die Personensorgeberechtigten im rechtlich zulässigen Rahmen.
- Ich/wir erklären hiermit, dass unser Kind, nach unserem Wissen, zurzeit nicht an einer ansteckenden Krankheit nach §34 Infektionsschutzgesetz (z.B. Masern, Windpocken, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Läusebefall usw.) leidet.
- Ich/wir bestätigen außerdem, dass mein/unser Kind nicht unter anderen akut ansteckenden Krankheiten leidet.
- Ich/ wir erklären, dass wir mit der Lagerleitung unverzüglich Kontakt aufnehmen werden, wenn ein*e Familienangehörige*r in den letzten 6 Wochen vor Beginn der Reise an einer solchen ansteckenden Krankheit erkrankt oder von Läusen befallen ist.
- Mir/ uns ist bewusst, dass eine solche ansteckende Erkrankung die Teilnahme unseres Kindes an der Reise ausschließt oder – sollte die Erkrankung am Urlaubsort eintreten – ggf. eine vorzeitige Heimreise unseres Kindes erforderlich machen kann.
- Ich habe mein Kind in Kenntnis gesetzt, dass es den Anweisungen der Leitenden Folge zu leisten hat.

Mein Kind und ich/wir selbst haben die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen.

Mit der Unterschrift bestätigt/bestätigen der/die Personensorgeberechtigte/n, dass die Bedingungen akzeptiert werden und alle Angaben richtig und vollständig sind.

Als Alleinunterzeichner/in bestätige ich gleichzeitig, dass ich alleinige/r Personensorgeberechtigte/r bin, bzw. vom anderen Personensorgeberechtigten (anderen Elternteil) mit der Abgabe der entsprechenden Erklärungen beauftragt bin und in dessen Kenntnis und Einverständnis handle.

Falls sich zwischen der Abgabe des Lagerpasses und dem Lagerbeginn Änderungen zu den oben angegebenen Daten ergeben; insbesondere im Falle der Änderung von Adress- und Kontaktdaten, wenn neue Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen bekannt werden bzw. wenn einzelne Informationen nicht mehr zutreffen, so ist dies im eigenen Interesse umgehend der Lagerleitung mitzuteilen!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der*s reisenden Kindes

.....
Unterschrift der*s Personensorgeberechtigten





Medikamentenplan für:
 Nachname, Vorname Geburtsdatum



	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3	Medikament 4
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	<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:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Abends	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Vor dem Schlafengehen	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	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

Bei Ja: Bitte zusätzlich das Formular „[Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung – Artikel 75 des Schenger 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 der*s behandelnden Ärztin/ Arztes

