



Anlage [B.2] - Lagerpass Volljährige

Personal- und Gesundheitsbogen für volljährige Teilnehmende

1. PERSONENDATEN

Vorname

Nachname

Straße

Hausnummer

PLZ

Wohnort

Geb.-Datum

Geb.-Ort

männlich weiblich divers

2. ERREICHBARKEIT VON NOTFALLPERSONEN

Für Rückfragen jeglicher Art, wie zur Abklärung von gesundheitlichen Beschwerden, einer Medikamentengabe oder einer ärztlichen Behandlung ist es unerlässlich, dass wir als Leitende ohne Verzögerung Kontakt zu einer Notfallperson aufnehmen können.

Wer ist während der Reise kontinuierlich (24h) erreichbar (Ehepartner, Eltern, etc.):

Es ist ratsam hier jemanden anzugeben, der für Notfälle über eine gültige **Patientenverfügung** zu deiner Person verfügt.

Nachname, Vorname

Beziehung zu dir (Lebenspartner*in, Mutter, ...)

Telefon/ Handy/ E-Mail 1

Telefon/ Handy/ E-Mail 2

Telefon/ Handy/ E-Mail 3

Telefon/ Handy/ E-Mail 4

4. VERSICHERUNGEN

Besteht für dich eine Auslandsreisekrankenversicherung? Ja Nein

Name der Versicherung & Versichertennummer

Besteht für dich eine private Zusatzversicherung? Ja Nein

Name der Versicherung & Versichertennummer

Besteht für dich eine Haftpflichtversicherung? Ja Nein

Name der Versicherung & Versichertennummer





Anlage [B.2] - Lagerpass Volljährige

Personal- und Gesundheitsbogen für volljährige Teilnehmende

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

.....
Ich bin Mitglied in folgender Krankenkasse

.....
Versicherungs-Nr.

.....
Name der Person über die du versichert bist

privat gesetzlich

.....
Name deines Hausarztes

.....
Adresse, Telefon

6. ALLERGIEN UND UNVERTRÄGLICHKEITEN

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

Heuschnupfen Pollen Gräser Insektenstiche

Sonstiges (Bitte genaue Angaben machen)

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

7. ERNÄHRUNG

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

Vegetarische Ernährung Vegane Ernährung kein Schweinefleisch

Glutenunverträglichkeit Laktoseintoleranz Diabetes

.....

8. FÄHIGKEITEN ALS SCHWIMMER

Ich bin Nichtschwimmer oder sehr unsicherer Schwimmer ja

Ich bin auch in einem See oder Fluss geübter Schwimmer ja





Anlage [B.2] - Lagerpass Volljährige

Personal- und Gesundheitsbogen für volljährige Teilnehmende

9. VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE MEDIKAMENTE

Ich muss aufgrund einer ärztlichen Verordnung regelmäßig Medikamente zu mir nehmen.

Ja Nein

Ich führe die entsprechenden Medikamente selbst mit und kann diese auch eigenverantwortlich selbst einnehmen. Ich bin über die Wirkweise und Dosierung der Medikamente aufgeklärt. Ich bin darüber informiert, dass die Weitergabe von Medikamenten an andere, minderjährige Mitreisende **nicht** gestattet ist.

Für den Fall eins Notfalls dürfen die Leitenden mir die auf Medikamentenplan aufgeführten Medikamente verabreichen.

Hinweis: In diesem Fall muss der Medikamentenplan (s. letzte Seite) vom zuständigen Arzt ausgefüllt und unterschrieben werden.

Für das Mitführen einzelner Medikamente ist eine Bescheinigung nach Art. 75 des Schenger Durchführungsabkommens (www.bfarm.de) erforderlich (z.B. Medikamente zur Behandlung von ADHS). Ich werde dieses Dokument spätestens bei Antritt der Reise den Leitenden übergeben. Mir ist bekannt, dass mir ohne dieses Dokument die Teilnahme an der Reise, insbesondere wenn diese in das Ausland führt, verweigert werden kann.

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

11. KRANKHEITEN, BEHINDERUNGEN, BESONDERHEITEN

Zum jetzigen Zeitpunkt habe ich, nach meinem 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 meines Verhaltens erkennbar sind.

Nein

Ja → Bitte im Folgenden näher ausführen.

Bitte gib hier auch an, seit wann die Erkrankung, Behinderung oder Beeinträchtigung bekannt ist und ob diese in bestimmten Situationen mit höherer Wahrscheinlichkeit auftritt.

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

Falls im Hinblick auf die getätigten Angaben aus deiner Sicht noch weitere besondere Dinge zu beachten sind, gib bitte den Leitenden weitere Informationen auf einem zusätzlichen Blatt bzw. per Telefon.





Anlage [B.2] - Lagerpass Volljährige

Personal- und Gesundheitsbogen für volljährige Teilnehmende

16. ERGÄNZENDE TEILNAHMEBEDINGUNGEN

Informationen und Einwilligungen der*s Teilnehmenden

- Im Lager anfallende Dienste wie Küchendienst, Sanitarräume 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 auf eigene Kosten zu erfolgen. Eine Erstattung der Kosten seitens des Stammes findet in solchen Fällen nicht statt.
- Für Schäden, die du während einer Veranstaltung verursacht, haftest du im rechtlich zulässigen Rahmen.
- Ich erkläre hiermit, dass ich, nach meinem Wissen, zurzeit nicht an einer ansteckenden Krankheit nach §34 Infektionsschutzgesetz (z.B. Masern, Windpocken, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Läusebefall usw.) leide.
- Ich bestätige außerdem, dass ich nicht unter anderen akut ansteckenden Krankheiten leide.
- Ich erkläre, 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 ist bewusst, dass eine solche ansteckende Erkrankung meine Teilnahme an der Reise ausschließt oder – sollte die Erkrankung am Urlaubsort eintreten – ggf. eine vorzeitige Heimreise erforderlich machen kann.
- Ich folge den Anweisungen der Leitenden.

Ich habe die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen.

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass die Bedingungen akzeptiert werden und alle Angaben richtig und vollständig sind.

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 Teilnehmenden





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

