

# Notfall-Umschlag

Veranstaltung \_\_\_\_\_

Zeitraum \_\_\_\_\_

Name des Teilnehmers/  
der Teilnehmerin \_\_\_\_\_

## **Inhalt:**

Erklärung für die Eltern / Sorgeberechtigte  
Personalien und Adressen  
Aufsichtspflicht und Ähnliches  
„Arztbogen“  
Medikamentengabe  
Einverständniserklärung zur Bild- und Filmmutzung  
Impfpass (bitte beilegen)  
Krankenversicherungskarte (bitte beilegen) oder Informationen zur Privatversicherung

## **Für Auslandsreisen ggf. ergänzen:**

vorhandene Fremdsprachenkenntnisse  
existierende Auslandsversicherung  
vorhandener Reisepass

## Erklärung für die Eltern / Sorgeberechtigte

### **Liebe TeilnehmerInnen, 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.

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!

#### 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 Leitungen 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.

Über sensible Angaben weiß nur die Leitung Bescheid und gibt diese im Bedarfsfall an direkte Betreuer/Betreuerinnen ihres Kindes weiter.

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

*Unterschrift Die VeranstalterInnen*

## 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)  
\_\_\_\_\_ an der Veranstaltung \_\_\_\_\_ der/des  
\_\_\_\_\_ (nachfolgend VeranstalterIn genannt) vom \_\_\_\_\_ bis  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ teilnimmt.

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

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

Ersatz-Anschrift (z.B. Großeltern oder xy mit Angabe zu Bezugsverhältnis)

Bin ich/Sind wir nicht zu erreichen benachrichtigen sie bitte:

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

(wenn vorhanden)

Er/Sie ist in diesem Fall auch berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen und wichtige Entscheidungen zu treffen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum                      Unterschrift der beiden Sorgeberechtigten

*Bei nur einer Unterschrift versichert die unterzeichnende Person, dass sie allein vertretungsberechtigt ist.*

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

## Aufsichtspflicht und Ähnliches

Name und Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Bitte immer an die Veranstaltung **anpassen** (Welche besonderen Programmpunkte müssen von den Eltern genehmigt werden?)

1. Ich/Wir  
 erlaube/n,  
 erlaube/n nicht, dass meine/unser Kind am Baden in einer geschlossenen Badeanstalt oder an einem durch Rettungsschwimmer beaufsichtigten See/Strand/Fluss teilnimmt.
  2. Mein/unser Kind ist  
 Schwimmer /  Nichtschwimmer und darf  
 unter Aufsicht baden/schwimmen  
 mit Schwimmhilfe schwimmen oder  
 sich selbstständig im Wasser aufhalten.
  3. Ich/Wir  
 erlaube/n,  
 erlaube/n nicht, dass meine/unser Kind *z.B. am Kanufahren auf dem ..., Reiten, Hajk, Fahrradtour, ...* teilnimmt.
  4. Ich erkläre mich/wir erklären uns damit einverstanden, dass meine/unsere Tochter bzw. mein/unser Sohn nach mehrfachen, groben Verstößen gegen die Anordnungen und nach Ermessen der VeranstalterIn/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/unseres Kindes übernehme ich/übernehmen wir als Sorgeberechtigte die volle Verantwortung.
  5. Mein/unser Kind darf während der Veranstaltung in Privat-PKWs mitfahren.
  6. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind tagsüber zu klar abgesprochenen Zeiträumen ohne Begleitung eines Betreuers, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmenden den Veranstaltungsort verlassen darf.
  7. Bei meinem/unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten: (Schlafwandeln, Bettnässen, ADS, oder ähnliches):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  8. Besondere Anforderungen an die Verpflegung (z.B. vegetarisch, vegan, zu beachtende Allergien)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  9. Wünsche oder Bemerkungen besonderer Art:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ort/Datum \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
Unterschrift der beiden Sorgeberechtigten  
Bei nur einer Unterschrift versichert die unterzeichnende Person, dass sie allein vertretungsberechtigt ist.  
(Nichtzutreffendes bitte streichen!)
- Hiermit stimme ich der Verwendung dieser personenbezogenen (Gesundheits-)Daten für die o.g. Zwecke im Sinne dieser Veranstaltung zu.

## 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 bei der Veranstaltungsleitung oder der Gruppenleitung die Krankenversichertenkarte ihres Kindes (ggf. Auslandskrankenschein) und den Impfpass (auch Kopie) vor der Fahrt 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. Dies 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 LeiterInnen im Dringlichkeitsfall (Beurteilung nach Ermessen des Veranstalters/der Veranstalterin) 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/die VeranstalterIn 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 der beiden Sorgeberechtigten  
Bei nur einer Unterschrift versichert die unterzeichnende Person, dass sie allein vertretungsberechtigt ist.

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

## Medikamentengabe

Name des Kindes/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 Leiterinnen und Leiter der Veranstaltung

\_\_\_\_\_  
Name der Veranstaltung und des Veranstalters, Ort

meinem/unsere(m) Kind

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes/Jugendlichen

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

Rufnummer des behandelnden Arztes für Rückfragen:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der beiden Sorgeberechtigten  
bei nur einer Unterschrift versichert die unterzeichnende Person,  
dass sie allein vertretungsberechtigt ist.

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

## **Einverständniserklärung zur Bild- und Filmnutzung**

**Veranstaltung** \_\_\_\_\_ **(Träger** \_\_\_\_\_ **)**

Bei der Veranstaltung \_\_\_\_\_ in Trägerschaft \_\_\_\_\_ würden wir gerne Foto-, Ton- und Filmaufnahmen machen und diese dann für unsere Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Berichterstattung auf unserer Homepage oder in den Social-Media-Auftritten (z. B. Facebook)) nutzen und auch damit für weitere Veranstaltungen mit z.B. Faltblättern einzuladen. Bilder spiegeln die Atmosphäre einer Veranstaltung und unserer Arbeit wider. Aber um Fotos zu veröffentlichen, braucht es die Zustimmung derjenigen Person, bzw. die der Eltern/Sorgeberechtigten, falls die Person noch nicht volljährig ist. Deswegen bitten wir Sie um Ihre Zustimmung. Es versteht sich von selbst, dass wir keine Bilder oder Filme machen oder sogar veröffentlichen, die Personen in peinlichen Situationen zeigen. Portraitfotos werden von uns nicht veröffentlicht. Selbstverständlich ist für uns auch, dass keine Namen zu den Fotos oder Filmen veröffentlicht werden. Die Bildrechte werden nicht an kommerzielle Agenturen weitergegeben oder für kommerzielle Zwecke genutzt. Sie können das Recht zur weiteren Verwendung der Bilder für die Zukunft jederzeit widerrufen. Der Widerruf kann aber nur für künftige Bild- und Datenverwendungen wirken, bereits erfolgte Veröffentlichungen (auch in elektronischer Form) können leider nicht „zurückgerufen“ werden.

### **Von den Sorgeberechtigten zu unterschreiben:**

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos und Filme meines/unseres Kindes

\_\_\_\_\_  
(Vor-, Nachname) für die oben beschriebene Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden:

Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos und Filme meines/unseres Kindes an die anderen Teilnehmenden der Veranstaltung weitergegeben werden:

Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der beiden Sorgeberechtigten  
bei nur einer Unterschrift versichert die  
unterzeichnende Person, dass sie allein  
vertretungsberechtigt ist.

### **Vom teilnehmenden Kind/Jugendlichen zu unterschreiben:**

Ich verpflichte mich hiermit, die auf der Veranstaltung gemachten Fotos und Filme, auf denen andere Teilnehmende zu sehen sind, nicht ohne deren Einverständnis im Internet zu veröffentlichen oder über sonstige Medien Drittpersonen zur Verfügung zu stellen.

Ich bin zudem damit einverstanden, dass Fotos und Filme von mir in der oben beschriebenen Weise durch den Veranstalter veröffentlicht werden.

Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmerin/Teilnehmer

Selbstverständlich entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie uns keine Einwilligung erteilen oder diese später widerrufen.

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