

Medizinisches Merkblatt für \_\_\_\_\_

Versicherungsdaten	<p>Bei welcher Versicherung ist Ihr Kind versichert?</p> <p>_____</p> <p>Wer ist der Versicherungsnehmer (Name und Geburtsdatum)?</p> <p>_____</p>
Hausarzt/Kinderarzt	<p>Name _____</p> <p>Telefon _____</p> <p>Adresse _____</p>
Notfallkontakt	<p>Wen können wir während der Freizeit in einem Notfall erreichen?</p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Telefonnummern: _____</p>
Allergien	<p>Hat ihr Kind Allergien? (Pflanzen, Insekten, Medizin, Nahrung,...)</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, folgende:</p> <p>Welche Gegenmaßnahmen sind zu unternehmen? Was ist die schlimmste, bekannte Reaktion?</p> <p>Gibt es bei Ihrem Kind ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende _____</p>
Chronische Erkrankungen	<p>Hat ihr Kind eine dauerhafte Erkrankung?</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="checkbox"/> andere:</p> <p>Was ist zu beachten?</p>

Medikamente	<p>Benötigt ihr Kind regelmäßig Medikamente? (z.B. Ritalin, Cetirizin o.ä.)</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, folgende _____</p> <p>Wenn ja, dann: Bitte geben Sie die Medikamente mit Namen versehen und einer Einnahmeanweisung (Wann? Welche Medikation?) bei der Abfahrt in einem Beutel beim Betreuersteam ab.</p> <p>Erfordern diese Medikamente eine spezielle Aufbewahrung (Kühlung, ..)?</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, folgende:</p> <p>Fallen diese Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz (BTM)?</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA - die Bescheinigung des Arztes lege ich bei.</p> <p>Mein Kind nimmt die Medikamente selbständig ein: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA</p> <p>Mein Kind braucht Unterstützung bei der Einnahme: <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA</p>
Hausapotheke	<p>Wir dürfen ihrem Kind nur Medikamente verabreichen, zu denen Sie ihre Einwilligung gegeben haben. Das trifft z.B. auch auf frei verkäufliche Mittel, wie Schmerztabletten, Cremes und weitere Dinge aus der Hausapotheke zu. Daher schreiben sie uns auch für solche Fälle bitte auf, welche Medikamente in welchen Fällen gegeben werden dürfen. In allen anderen Fällen suchen wir sonst ggf. einen Arzt auf.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Wir dürfen auch kleinere Verletzungen (kleine Schnitte verbinden, Zecken entfernen) nicht ohne ihre Einwilligung versorgen. In diesen Fällen suchen wir sonst ggf. einen Arzt auf. Sind sie damit einverstanden, dass kleinere Verletzungen und Zecken im Rahmen des Möglichen am Platz durch ausgebildete Leiter versorgt werden?</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA</p>

Medizinisches Merkblatt für \_\_\_\_\_

Ernährung	Mein Kind ernährt sich: <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> lactosefrei  <input type="checkbox"/> glutenfrei <input type="checkbox"/> sonstiges:
Notfallklärung	Für den Fall, dass im Notfall kein Erziehungsberechtigter zu erreichen ist, gebe ich hiermit die Einwilligung zum medizinischen Eingriff:  <hr/> Datum, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten
Anmerkungen	
Hinweise	Alle der DPSG St. Martin Nottuln entstehenden Kosten müssen von ihnen übernommen werden, wenn diese von keiner Versicherung getragen werden.  Bitte teilen Sie der verantwortlichen Leitung unverzüglich mit, falls ihr Kind, sie oder ein anderer Angehöriger der Familie innerhalb der letzten zwei Monate vor Reiseantritt an übertragbaren Krankheiten erkrankt war, oder dessen verdächtigt wurde.  Sie stellen die verantwortlichen Betreuer und den Träger von jeglichen Haftungsansprüchen frei, die im Zusammenhang mit der vereinbarten und abgestimmten Einnahme von Medikamenten durch ihr Kind stehen. Sie haben zur Kenntnis genommen, dass die Betreuer in keinsten Weise für eine solche Tätigkeit ausgebildet sind.
Sonstiges	Nennenswerte Krankheiten und/oder Operationen in den vergangenen sechs Monaten:  <hr/>
Abfahrt	Bitte geben Sie folgende Unterlagen bei der Abfahrt gesammelt beim Betreuer team ab: <ul style="list-style-type: none"> <li>• - Krankenkassenkarte</li> <li>• - Kopie vom Impfpass</li> <li>• - Medikamente</li> <li>• - Einnahmeanweisung für Medikamente</li> <li>• - Ausweis (muss gültig sein, wenn wir ins Ausland fahren!)</li> <li>• - Allergiepass (falls vorhanden)</li> <li>• - BTM Bescheinigung vom Arzt (falls benötigt und wir ins Ausland fahren)</li> </ul>
Bestätigung	Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben:  <hr/> Datum, Unterschrift eines Erziehungsberechtigten