



Datenbogen zum Sommerlager 2020

1/2

Dieser Datenbogen erweitert die Anmeldung zum Sommerlager in Sendenhorst vom 28. Juni bis 10. Juli 2020, nachfolgend **Lager** genannt, und ist pro Teilnehmer auszufüllen.

A) Personalien und Adresse des Teilnehmers		Ref.-Nr.
Vorname		
Nachname		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum		
Gruppenname, Stufe		

B) Privatadresse und Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten	
Vorname	
Nachname	
Straße	
PLZ, Wohnort	
<i>evt. Urlaubsanschrift, falls abweichend</i>	
Mobil-Nr.	
Telefon, privat	
Telefon, dienstlich	

C) Notfall-Ersatz-Erreichbarkeit (z. B. Großeltern)	
Vorname	
Nachname	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Mobil-Nr.	
Telefon, privat	
Telefon, dienstlich	

Wir sind damit einverstanden, daß unser Kind am Lager teilnimmt und übertragen die Aufsichtspflicht für die Dauer des Lagers auf die Leiter des DPSG-Pfadfinderstammes St. Maria Magdalena Geldern. Mir ist bekannt, daß die Teilnehmer in beschränktem Umfang über freie Zeit verfügen, in der sie nicht unter Aufsicht stehen und daß die Wahrnehmung der Aufsichtspflicht durch die Betreuer z. B. während der Nachtruhe nur eingeschränkt erfolgt.

Wir akzeptieren, daß unser Kind vorzeitig nach Hause geschickt werden kann, wenn

- ihr/sein Verhalten oder
 - bewußte Fehlinformationen durch die Erziehungsberechtigten oder
 - Verschweigen wichtiger Informationen derselbigen
- den ordnungsgemäßen Ablauf des Lagers gefährdet. In diesem Fall sind alle anfallenden Kosten, auch für den/die begleitende Betreuer/in von uns unverzüglich zu erstatten.

Wenn wir nicht erreichbar sind, dann ist die Ersatzerreichbarkeit C) berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen. Wir versichern, daß der Arztbogen gewissenhaft und vollständig ausgefüllt wurde.

Vorstand: Felix Claßen
Elisabethstraße 53
47608 Geldern
☎ (0 15 73) 8 29 14 84
felix@dpsggeldern.de

Thorben Kleinstäuber
Südwall 33
47608 Geldern
☎ (01 57) 89 38 79 70
thorben@dpsggeldern.de

Finanzen: Thomas Westerfeld
Franz-Hitze-Straße 25
47608 Geldern
☎ (0 28 31) 45 82
westi@dpsggeldern.de

Bankverbindung:
Sparkasse Krefeld
IBAN:
DE14 3205 0000 0323 4379 54
SWIFT-BIC: SPKRDE33



Datenbogen zum Sommerlager 2020

2/2

D) Aufsichtspflicht und Ähnliches	
Unser Kind kann schwimmen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wir erlauben, daß unser Kind eine geschlossene Badeanstalt besuchen oder an einem durch öffentliche oder durch stammesinterne Rettungsschwimmer beaufsichtigten See/Strand/Fluß/Talsperre baden und schwimmen gehen darf.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mein Kind darf an allen Freizeitaktivitäten teilnehmen. Dies gilt auch für mehrtägige Wanderungen („Hike“), Klettern, Radfahren, Paddeln, Seilbahn- und Sesselliftfahrten, Sportwettkämpfe ...	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mein Kind darf tagsüber ohne Begleitung, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmern den Lagerplatz verlassen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mein Kind darf während des Lagers in Privat-PKW, in Bussen und Bahnen mitfahren.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mein Kind darf eigenverantwortlich Werkzeuge wie Spaten, Beile und Taschenmesser benutzen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Meine/Unsere Bemerkungen/Einschränkungen: _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

E) Ernährung und Verpflegung							
Unser Kind ist Vegetarier/in	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Unser Kind ist Pescetarier/in	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Unser Kind hat eine Nahrungsmittelunverträglichkeit: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Stärke: leichtes Unwohlsein <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> lebensbedrohlich <small>Bitte ankreuzen</small>		1	2	3	4	5	6
1		2	3	4	5	6	
Stärke: leichtes Unwohlsein <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> lebensbedrohlich <small>Bitte ankreuzen</small>	1	2	3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6		
Stärke: leichtes Unwohlsein <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table> lebensbedrohlich <small>Bitte ankreuzen</small>	1	2	3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6		
Setzen Sie sich bei einer Angabe bitte zeitnah mit uns in Verbindung, damit die Küche dies berücksichtigen kann.							

F) Sonstiges	
Bei unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten (z. B. Schlafwandeln, Bettnässen ADHS, oder Ähnliches). Wenn ja, welche? _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Setzen Sie sich bei einer Angabe bitte zeitnah mit uns in Verbindung, damit die Leiter dies berücksichtigen können.	

Ich/Wir habe/n die Punkte und Merkmale auf diesem Blatt gelesen und zur Kenntnis genommen und haben auch die wichtigsten Verhaltensregeln meinem Kind erklärt.

Ort, Datum

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte



Arztbogen

Dieses Formular beinhaltet die wichtigsten medizinischen Angaben zum Teilnehmer, wird mit Verschwiegenheit behandelt und gesondert aufbewahrt und nach Abschluß der Maßnahme vernichtet – wird bei eventuell notwendigen Besuchen der Praxis/Klinik vorgelegt.

A) Personalien und Adresse des Teilnehmers / Patienten		Ref.-Nr.	B) Hausarzt	
Vorname			Name	
Nachname			Straße	
Straße			PLZ, Ort	
PLZ, Wohnort			Telefon	
Geburtsdatum				
Krankenkasse, Anschrift, Versicherungsnummer				
Name, Geburtsdatum Versicherungsnehmer				

C) Medizinische Angaben		
Ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche? _____	Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 lebensbedrohlich <small>Bitte ankreuzen</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Es sind bestehende/akute/chronische Krankheiten, Allergien oder andere Besonderheiten (z. B. Asthma, Diabetes I/II, Herzfehler, Epilepsie oder anderes) bekannt. Wenn ja, welche? _____	Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 lebensbedrohlich Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 lebensbedrohlich Stärke: leichtes Unwohlsein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 lebensbedrohlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Es werden regelmäßige, folgende Medikamente benötigt: _____	Einnahme: ____ × morgens, ____ × mittags, ____ × abends _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Medikamente werden selbständig eingenommen	Einnahme: ____ × morgens, ____ × mittags, ____ × abends _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ein Medikament fällt unter das Betäubungsmittelgesetz (BTM). Wenn ja, legen wir die Bescheinigungen bei.	Einnahme: ____ × morgens, ____ × mittags, ____ × abends _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wir erlauben die Verabreichung von frei verkäuflichen und apothekenpflichtigen Mitteln und/oder homoöpathischen Medikamenten und Salben lt. Packungsbeilage des Herstellers.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tetanus-Impfung	Letztes Impfdatum: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
FSME-Impfung (Zecken, Frühsommer-Meningoenzephalitis)	Letztes Impfdatum: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige wichtige medizinische / andere Hinweise liegen vor. Wenn ja, ggf. auf einem Beiblatt ausführen.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wir nehmen zur Kenntnis, daß lebensrettende Sofortmaßnahmen/operative Eingriffe und oder Schutzimpfungen, die von einem hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei unserem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden. Wir erklären,

daß unser Kind nach unseren Wissen frei von **ansteckenden Krankheiten** sowie **frei von Läusen** ist. Sollte sich dies bis zur Abfahrt ändern, teilen wir dieses umgehend der Lagerleitung mit. Die **wahrheitsgemäßen** Angaben bezeugen wir mit unseren Unterschriften.