



Datenbogen zum Sommerlager 2024

1/2

Dieser Datenbogen komplettiert die Anmeldung zum **Sommerlager** in Heltersberg/Waldfishbach-Burgalben vom **7.–19. Juli 2024**, nachfolgend **Lager** genannt, und ist **pro Teilnehmer** auszufüllen.

A) Personalien und Adresse des Teilnehmers		Ref.-Nr. <input style="width: 80px;" type="text"/>
Vorname		
Nachname		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum		
Gruppenname, Stufe		

B) Privatadresse und Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten	
Vorname	
Nachname	<input type="checkbox"/> siehe oben
Straße	<input type="checkbox"/> siehe oben
PLZ, Wohnort	<input type="checkbox"/> siehe oben
<i>evtl. Urlaubsanschrift, falls abweichend</i>	
Mobil-Nummer(n)	
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

Tobias Klemm
Bonhoeffer Straße 20
47661 Issum
☎ (01 72) 6 55 08 37
tobi@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 2024

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" style="display: inline-table;"><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" style="display: inline-table;"><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" style="display: inline-table;"><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 Anderes). 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 mit Verschwiegenheit behandelte Formular beinhaltet die wichtigsten medizinischen Angaben zum Teilnehmer , wird gesondert aufbewahrt und nach Abschluß der Maßnahme vernichtet – wird bei eventuell notwendigen Besuchen einer Praxis/Klinik vorgelegt.

A) Personalien und Adresse des Teilnehmers / Patienten		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? _____	<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	1	2	3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6		
Es sind bestehende/akute/chronische Krankheiten, Allergien oder andere Besonderheiten (z. B. Asthma, Diabetes I/II, Herzfehler, Epilepsie oder anderes) bekannt. Wenn ja, welche? _____	<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	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	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	1	2	3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6		
Es werden regelmäßige, folgende Medikamente benötigt: _____ Einnahme: ____ × morgens, ____ × mittags, ____ × abends	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
_____ Einnahme: ____ × morgens, ____ × mittags, ____ × abends							
_____ Einnahme: ____ × morgens, ____ × mittags, ____ × abends							
Die Medikamente werden selbständig eingenommen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Ein Medikament fällt unter das Betäubungsmittelgesetz (BTM). Wenn ja, legen wir die Bescheinigungen bei.	<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 unserem 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.

