



Datenbogen zum Sommerlager 2026

1/2

Dieser Datenbogen komplettiert die Anmeldung zum **Sommerlager** in Bad Wildbad im Schwarzwald vom **19.–31. Juli 2026**, nachfolgend **Lager** genannt, und ist **pro Teilnehmer** auszufüllen.

A) Personalien und Adresse des Teilnehmers 		Ref.-Nr. <input type="text"/>
Vorname		
Nachname		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum		
Mobil-Nummer(n)		
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
evtl. Urlaubsanschrift, falls abweichend	
Mobil-Nummer(n)	
Telefon, privat	
Telefon, dienstlich	

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

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, daß mein/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/Uns 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 Leiter z. B. während der Nachtruhe nur eingeschränkt erfolgt.

Ich/Wir akzeptiere/n, 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 Leiter von mir/uns unverzüglich zu erstatten.

Im Falle des Nichterreichens ist die Ersatzerreichbarkeit **C)** berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen. Ich/Wir versicher/e/n, 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

Carolin Deselaers
 Baersdonker Straße 81
 47608 Geldern
 ☎ (0 15 73) 8 29 14 84
 caro@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 2026

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 öffentlich bewachten oder stammesintern beaufsichtigten See/Strand/Fluß/Talsperre baden und schwimmen gehen darf.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mein Kind hat folgendes höchstes Schwimmabzeichen: → Seepferdchen: Auswahl 1; Bronze: Auswahl 2; Silber / Gold / Rettungsschwimmer: Auswahl 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
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: <hr/> <hr/> <hr/>	Stärke: leichtes Unwohlsein	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td colspan="6" style="text-align: center;">Bitte ankreuzen</td></tr></table> lebens- bedrohlich	1	2	3	4	5	6	Bitte ankreuzen					
1	2	3	4	5	6									
Bitte ankreuzen														
	Stärke: leichtes Unwohlsein	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td colspan="6" style="text-align: center;">Bitte ankreuzen</td></tr></table> lebens- bedrohlich	1	2	3	4	5	6	Bitte ankreuzen					
1	2	3	4	5	6									
Bitte ankreuzen														
	Stärke: leichtes Unwohlsein	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td colspan="6" style="text-align: center;">Bitte ankreuzen</td></tr></table> lebens- bedrohlich	1	2	3	4	5	6	Bitte ankreuzen					
1	2	3	4	5	6									
Bitte ankreuzen														
□ Ja <input type="checkbox"/> Nein														

F) Sonstiges

Bei unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten (z. B. Schlafwandeln, Bettlässen, ADHS – oder Anderes). Wenn ja, welche?	<hr/> <hr/> <hr/>	<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 habe/n meinem Kind auch die wichtigsten Verhaltensregeln erklärt.



Arztbogen

1/1

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		Ref. Nr. <input type="text"/>
Vorname		
Nachname		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Geburtsdatum		
Krankenkasse, Anschrift,- Versichertennummer		
Name, Geburtsdatum Versicherungsnehmer		

B) Hausarzt	
Name	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	

C) Medizinische Angaben	
Ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche?	<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
Es sind bestehende/akute/chronische Krankheiten, Allergien oder andere Besonderheiten (z. B. Asthma, Diabetes I/II, Herzfehler, Epilepsie oder anderes) bekannt. Wenn ja, welche?	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
Es werden folgende Medikamente regelmäßig benötigt:	<p>Einnahme: ___ × morgens, ___ × mittags, ___ × abends</p> <p>Einnahme: ___ × morgens, ___ × mittags, ___ × abends</p> <p>Einnahme: ___ × morgens, ___ × mittags, ___ × abends</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
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 apothekepflichtigen Mitteln und/oder homöopathischen 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

Ich/Wir nehme/n 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. Ich/Wir

erkläre/n, 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 bezeuge/n ich/wir.