

## Im Gesundheitsordner aufzubewahren

Liebe Eltern,

dieser Fragebogen sollte möglichst genau von Ihnen (und für bestimmte Felder von dem behandelnden Kinderarzt) ausgefüllt werden. Diese Angaben sind von größter Bedeutung, um den optimalen Ablauf des Jugendlagers gewährleisten zu können. Falls Ihr Kind während des Lageraufenthaltes erkrankt oder sich verletzt, hat der hauptverantwortliche Jugendleiter sowie der für die medizinische Betreuung zuständige Jugendleiter des Jugendlagers sofort die ihm nützlichen Informationen zur Hand. Diese Dokumente werden im Gesundheitsordner, der ausschließlich für die Dauer des Lageraufenthaltes angelegt wird, aufbewahrt. Die dort aufbewahrten Informationen können nur durch die beiden oben erwähnten Jugendleiter, durch Ärzte und den Mitarbeitern von Kaleido, die das Lager auf gute Aufenthaltsverhältnisse für Ihr Kind (Hygiene, Wasserqualität, Ernährung, Erste Hilfe,...) überprüfen, eingesehen werden.

Angaben zum Kind:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Im Notfall sollte sich an folgende Person gewandt werden:	
Name:	
Adresse:	
Telefonnummer:	

### Ärztliche Angaben

Name des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Telefonnr. des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Vorherige Krankheiten des Kindes und Operationen (zutreffendes bitte umkreisen und ausfüllen):

- Leidet Ihr Kind an Diabetes, einer Herzerkrankung, Epilepsie, Rheumatismus, Hauterkrankungen, Schlafwandeln, oder anderen Krankheiten? Ja – Nein  
\_\_\_\_\_
- Wurde Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? Ja - Nein
  - In welchem Jahr? \_\_\_\_\_
  - Nachimpfung? Ja - Nein
  - Wurde Ihrem Kind ein Tetanusserum verabreicht? Ja - Nein
  - Wenn ja, in welchem Jahr? \_\_\_\_\_
- Ist Ihr Kind gegen bestimmte Medikamente, Nahrungsmittel oder Stoffe (Staub, Hundehaare,...) allergisch oder besonders empfindlich? Ja - Nein
  - Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
- Ist Ihr Kind Bettnässer? Ja - Nein
- Ist Ihr Kind schnell müde? Ja - Nein
- Erkältet sich Ihr Kind leicht? Ja – Nein

- Kann sich Ihr Kind problemlos an sportlichen Tätigkeiten beteiligen (einschließlich Schwimmen)? Ja - Nein
- Wenn nötig, darf mein Kind folgende Medikamente von dem zuständigen Jugendleiter verabreicht bekommen
  - Paracetamol (Fieber und Schmerzen) Ja – Nein
  - Imodium 2mg oder Imodium instant 2mg (Durchfall) Ja - Nein
  - Strepsils oder Medica Lutschtablette (Halsschmerzen) Ja - Nein
  - Fastum Gel oder Flexium Gel (lokale Anwendung bei Verstauchung) Ja - Nein
  - Hiduroid Gel/Creme (Bluterguss) Ja – Nein
  - Antimetil (Verdauungsstörungen) Ja - Nein
  - Wunddesinfektionsmittel z.B. iso-Betadine dermicum 10% (Wundversorgung) Ja - Nein
- Liegt bei Ihrem Kind eine Medikamentenunverträglichkeit vor? Wenn ja, welche  


---



---
- Muss Ihr Kind während des Aufenthaltes Medikamente nehmen? Ja - Nein  
*Wenn ja, müssen mitgebrachte Medikament von einer ärztlichen Verordnung (siehe Anhang 1) mit den genauen Anweisungen zur Einnahme begleitet sein.*
- Benötigt Ihr Kind während des Aufenthalts eine pflegerische delegierte Leistung (z.B. Blutzuckermessung und Insulinverabreichung)? Ja – Nein  
*Wenn ja, muss eine Unterweisung des für die medizinische Betreuung zuständigen Jugendleiters durch den behandelnden Arzt erfolgen. Diese muss schriftlich durch den Arzt bestätigt werden (siehe Anhang 2).*
- Muss Ihr Kind einer bestimmten Diät folgen? Ja - Nein
  - Wenn ja, welche?  


---
- Datum der letzten schulmedizinischen Untersuchung: \_\_\_\_\_
- Wurden zu diesem Zeitpunkt irgendwelche Vorbehalte hinsichtlich der Teilnahme Ihres Kindes an Ferienaufenthalten laut? Ja – Nein  


---

Datum:

Unterschrift:

Bitte den Anmeldepapieren 2 Krankenkassenvignetten beifügen.

**XX** ist Verantwortlicher Verarbeiter Ihrer Daten gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (EU) Nr. 2016-679 vom 27. April 2016 und dem Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Schutz des Privatlebens hinsichtlich der Verarbeitung personenbezogener Daten. verwendet diese Daten nur für den angegebenen Zweck. Ihre Persönlichkeitsrechte erfahren daher eine besondere Beachtung. Unser Datenschutzbeauftragter ist

Anhang 1: Ärztliche Verordnung

*Vom Arzt auszufüllen, wenn der Teilnehmer mindestens ein Medikament einnehmen muss (sporadisch oder regelmäßig). Hiermit bescheinigt der Arzt dem Jugendleiter (zuständig für medizinische Versorgung oder dem Hauptleiter), dass dieser dem entsprechenden Teilnehmer bestimmte Medikamente verabreichen darf.*

Name und Vorname des verantwortlichen Betreuers der Gruppe (Jugendleiter zuständig für die medizinische Versorgung und Hygiene oder der Hauptleiter):

Adresse:

Telefonnummer:

Ich, der unterzeichnende Arzt, bestätige, dass der Teilnehmer (Vorname, Name)

\_\_\_\_\_ die unten aufgeführten Medikamente während des WEEKEND / LAGER (Nichtzutreffendes bitte streichen), organisiert von (Name der Jugendgruppe) \_\_\_\_\_, das von ...../...../20..... bis ...../...../20..... in (Ort) \_\_\_\_\_ stattfindet, einnehmen muss und erlaube dem oben genannten verantwortlichen Betreuer der Gruppe, diese den nachfolgenden Anweisungen entsprechend zu verabreichen.

	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3
Name des Medikaments			
Art der Verabreichung (Tropfen, Salbe, Inhalation, Tabletten, Saft, etc)			
Dosierung			
Häufigkeit			
Dauer der Behandlung mit dem Medikament			

Datum:

Name, Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes:

Name und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Patienten zur Zustimmung:

Anhang 2: Bestätigung der ärztlichen Unterweisung

Vom Arzt auszufüllen, wenn der Teilnehmer eine pflegerisch delegierte Leistung benötigt.

Hiermit bescheinigt der Arzt dem Jugendleiter, der für die medizinische Versorgung zuständig ist, dass dieser an dem entsprechenden Teilnehmer eine bestimmte pflegerisch delegierte Leistung vornehmen muss.

Name und Vorname des für die medizinische Versorgung verantwortlichen Betreuers:

Adresse:

Telefonnummer:

Ich, der unterzeichnende Arzt, bestätige, dass der Teilnehmer (Vorname, Name) \_\_\_\_\_ die unten aufgeführte(n) pflegerisch delegierte Leistung(en) während des WEEKEND / LAGER (Nichtzutreffendes bitte streichen), organisiert von (Name der Jugendgruppe) \_\_\_\_\_, das von ...../...../20..... bis ...../...../20..... in (Ort) \_\_\_\_\_ stattfindet, vornehmen muss und bestätige, dass eine entsprechende ärztliche Unterweisung stattgefunden hat.

Erlaubte pflegerische Leistung(en) und Gültigkeitszeitraum für jede Leistung:


Wenn eine Verabreichung von Medikamenten einhergeht:

	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3
Name des Medikaments			
Art der Verabreichung (Tropfen, Salbe, Inhalation, Tabletten, Saft, etc)			
Dosierung			
Häufigkeit			
Dauer der Behandlung mit dem Medikament			

Mögliche Warnkriterien


Datum:

Name, Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes:

Name und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters des Patienten zur Zustimmung: