

## Personenbogen und Erklärung der Sorgeberechtigten zu persönlichen und gesundheitlichen Besonderheiten

Der CVJM – Christliche Gemeinschaft Halver e.V. und besonders die Mitarbeitenden der Spot up-Freizeit wollen Ihrer Tochter/ Ihrem Sohn<sup>1</sup> eine unbeschwerte und in vielerlei Hinsicht ereignis- sowie erlebnisreiche Reise bieten. Hierfür ist es wichtig, dass Sie dem CVJM Halver einige wichtige Informationen zu evtl. persönlichen und gesundheitlichen Besonderheiten Ihres Kindes mitteilen, die für eine individuelle Aufsichtsführung unerlässlich sind.

Der CVJM Halver gewährleistet selbstverständlich einen vertraulichen Umgang mit diesen Informationen!

### 1. PERSONENBEZOGENE DATEN

_____ Vorname	_____ Nachname
_____ Straße	_____ Hausnummer
_____ PLZ	_____ Wohnort
_____ Geb.-Datum	_____ Geb.-Ort

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Personalausweis-Nr.: \_\_\_\_\_ Ausstellungsort: \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_ Gültig bis: \_\_\_\_\_

oder

Reisepass-Nr.: \_\_\_\_\_ Ausstellungsort: \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_ Gültig bis: \_\_\_\_\_

Folgende Dokumente geben wir unserem Kind mit:

- Krankenversicherungskarte
- gültigen Kinder- oder Personalausweis oder Reisepass
- Kopie des Impfpasses (nach Möglichkeit schon diesem Bogen beilegen)

### 2. VERSICHERUNGEN

Besteht für Ihr Kind eine Auslandsreisekrankenversicherung?  ja  nein

Bei ja, bitte den Namen der Versicherung angeben: \_\_\_\_\_

Besteht für Ihr Kind eine private Zusatzversicherung?  ja  nein

Bei ja, bitte den Namen der Versicherung angeben: \_\_\_\_\_

Besteht für Ihr Kind eine Haftpflichtversicherung?  ja  nein

Bei ja, bitte den Namen der Versicherung angeben: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen im fortlaufenden Text verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

### **3. ERREICHBARKEIT DER SORGBERECHTIGTEN**

Für Rückfragen jeglicher Art, etwa bei Änderungen der Rückkehrzeit, zur Abklärung von gesundheitlichen Beschwerden, einer Medikamentengabe oder einer ärztlichen Behandlung oder bei verhaltensbedingten Gründen ist es unerlässlich, dass der CVJM Halver bzw. die Mitarbeitenden der Freizeit ohne Verzögerung Kontakt zu Ihnen aufnehmen können.

Wir sind während der Ferienfreizeit kontinuierlich (24h) wie folgt erreichbar:

_____ Adresse (ggf. eigene Urlaubsadresse abweichend vom Wohnort)		_____ Telefon Festnetz privat/ Urlaubstelefon
_____ Telefon mobil 1	_____ Telefon mobil 2	_____ Telefon beruflich
_____ Email-Adresse 1		_____ Email-Adresse 2
_____ Ggf. weitere Telefonnummern (mobil, dienstlich)		

Für den Fall unserer Abwesenheit/ Nichterreichbarkeit benennen wir folgende Ansprechperson (Freunde, Nachbarn oder Verwandte) für dringliche Rücksprachen:

_____ Name	_____ Adresse	_____ Telefon
---------------	------------------	------------------

### **4. BADEERLAUBNIS, PROGRAMMANGEBOTE**

Das gemeinsame Schwimmen und Baden, sowie der Aufenthalt am und im Wasser können wichtiger Bestandteil von Ferienfreizeiten sein. Da im und am Wasser jedoch stets auch Gefahren bestehen, haben wir als Mitarbeitende uns aktiv auf die Aufsichtsführung beim Schwimmen vorbereitet und haben u.a. auch ausgebildete Rettungsschwimmer dabei. Für ein höchstmögliches Maß an Sicherheit benötigen wir jedoch noch einige genauere Angaben zu den Schwimmkenntnissen Ihres Kindes:

Unser Kind ist:     Schwimmer     Nichtschwimmer    Schwimmabzeichen: \_\_\_\_\_

Unser Kind kann sich – auch wenn es kein Schwimmabzeichen besitzt – mindestens 10 Minuten schwimmend über Wasser halten:     Ja     Nein

### **5. ANGABEN ZU BESONDERHEITEN, KRANKHEITEN UND BEHINDERUNGEN**

Unser Kind leidet - nach unserem Wissen - zum jetzigen Zeitpunkt an

- keinen
- den nachfolgend aufgeführten

körperlichen Beschwerden oder gesundheitlichen Erkrankungen (Herzleiden, Asthma, Diabetes, Allergien, Sehschwäche, Anfallsleiden, ADHS, Essstörung, Hitzempfindlichkeit, Bettnässen, psychische Erkrankungen etc.), Behinderungen oder Beeinträchtigungen die sich in bestimmten Situationen, im Rahmen geplanter Aktivitäten (Sport, Spiel, Schwimmen etc.) oder ggf. auch ohne Anlass bemerkbar machen könnten und die für die Mitarbeitenden in der Regel weder äußerlich noch aufgrund des Verhaltens unseres Kindes erkennbar sind:

---

---

---

---

Bitte geben Sie auch an, seit wann Ihnen sowie Ihrem Kind die Erkrankung, Behinderung oder Beeinträchtigung bekannt ist, ob diese in bestimmten Situationen mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten sowie ob Ihr Kind mit den Symptomen bereits vertraut ist.

Sofern im Hinblick auf diese Angaben aus unserer Sicht bei der Betreuung unseres Kindes ganz besondere Dinge zu beachten sind, geben wir den Mitarbeitenden weitere Informationen auf einem Beiblatt bzw. nach telefonischer Rückfrage.

Im Hinblick auf Speisen und Getränke bzw. deren Zubereitung muss bei unserem Kind auf folgendes besonders geachtet werden:

- Vegetarier     kein Schweinefleisch     Glutenunverträglichkeit     Laktoseintoleranz     Diabetes  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Es besteht eine Allergie/Überempfindlichkeit gegenüber folgenden Lebensmitteln/Zutaten (z.B. Weizenmehl, Nüssen, Eiern etc.)

---

---

## 6. MEDIKAMENTENEINNAHME

Unser Kind muss aufgrund einer ärztlichen Verordnung regelmäßig Medikamente zu sich nehmen:  Ja     Nein

- Unser Kind führt die entsprechenden Medikamente selbst mit und kann diese auch eigenverantwortlich selbst einnehmen. Unser Kind ist über die Wirkweise und Dosierung der Medikamente aufgeklärt. Es handelt sich um folgende Medikamente:
- 

- Wir werden die auf dem Medikamentenplan aufgeführten Medikamente zu Beginn der Reise an die Mitarbeitenden übergeben und wünschen, dass diese für die Dosierung und Einnahme der Medikamente gemäß Dosierungshinweis Sorge tragen.

Hinweis: In diesem Fall muss der Medikamentenplan (s. letzte Seite) vom zuständigen Arzt ausgefüllt und unterschrieben werden!

- Wir haben unserem Kind weitere Medikamente für übliche Beschwerden mitgegeben und es über die Wirkweise und Dosierung der Medikamente aufgeklärt. Unser Kind ist darüber informiert, dass die Weitergabe von Medikamenten an andere Mitreisende nicht gestattet ist. Es handelt sich um folgende Medikamente: (Bitte alle Medikamente nennen, die Ihr Kind mit auf die Freizeit nimmt, damit für einen Notfall diese Information bereits vorliegt)
- 

- Für das Mitführen einzelner unserem Kind oder den Mitarbeitenden übergebener Medikamente ist eine Bescheinigung nach Art. 75 des Schengener Durchführungsabkommens ([www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)) erforderlich (z. B. Medikamente zur Behandlung von ADHS). Wir werden dieses Dokument spätestens bei Antritt der Reise den Mitarbeitenden übergeben. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Dokument unserem Kind die Teilnahme an der Reise, insbesondere wenn diese in das Ausland führt, verweigert werden kann.

Für den Fall, dass Sie hier Angaben gemacht haben, kann es sein, dass der CVJM Halver oder die Freizeit-Mitarbeitenden Kontakt zu Ihnen aufnehmen, um einige wichtige Fragen zu den angegebenen Erkrankungen sowie zur Medikamenteneinnahme mit Ihnen zu besprechen.

Der CVJM Halver weist darauf hin, dass es den Mitarbeitenden im Rahmen ihrer Aufsichtspflicht nicht erlaubt ist, eigenverantwortlich medizinische Diagnosen zu treffen und ohne ausdrückliche Erlaubnis der Sorgeberechtigten oder ohne Verordnung durch einen Arzt Medikamente zu verabreichen. Im Falle von Erkrankungen werden die Mitarbeitenden, bevor vor Ort ein Arzt konsultiert wird, immer versuchen, Kontakt mit Ihnen aufzunehmen, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Falls bei Ihrem Kind mit dem Auftreten von bestimmten Krankheiten (Übelkeit, Kopfschmerzen, Durchfall etc.) zu rechnen ist, steht es Ihnen frei, Ihrem Kind Medikamente hierfür mitzugeben und es genau anzuweisen, wann und wie diese anzuwenden sind. Bitte vermerken Sie unbedingt um welche Medikamente es sich handelt, damit diese Information im Notfall bereits vorliegt und informieren Sie die Mitarbeitenden, falls Ihr Kind später noch weitere Medikamente mitnimmt.

Wir erklären hiermit, dass unser Kind - nach unserem Wissen - zurzeit nicht an einer ansteckenden Krankheit nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes (z. B. Masern, Windpocken, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Läusebefall usw.) leidet. Des Weiteren erklären wir, dass wir mit dem CVJM Halver unverzüglich Kontakt aufnehmen werden, wenn es oder ein Familienangehöriger bis zum Beginn der Freizeit an einer solchen ansteckenden Krankheit erkrankt oder von Läusen befallen ist. Uns ist bewusst, dass eine solche ansteckende Erkrankung die Teilnahme unseres Kindes an der Reise ausschließt oder - sollte die Erkrankung am Urlaubsort eintreten - ggf. eine vorzeitige Heimreise unseres Kindes erforderlich machen kann.

## 7. ARZT- UND KRANKENHAUSBESUCH

Sollte Ihrem Kind bei der Reise etwas zustoßen und eine ärztliche Behandlung oder ein ambulanter/ stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus erforderlich werden, werden die Mitarbeitenden versuchen, unverzüglich mit Ihnen Kontakt aufzunehmen. Wir sind damit einverstanden, dass vom Arzt ggf. für dringend erachtete Schutzimpfungen (z. B. Tetanus) sowie sonstige ärztliche Maßnahmen veranlasst werden können, wenn unser Einverständnis aufgrund besonderer Umstände nicht mehr rechtzeitig vor der Maßnahme eingeholt werden kann.

\_\_\_\_\_  
Unser Kind ist Mitglied in folgender Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Versicherungs-Nr.

\_\_\_\_\_  
Name der Mutter/ des Vaters, über den das Kind versichert ist:

\_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes unseres Kindes

\_\_\_\_\_  
Adresse, Telefon des Hausarztes

## 8. SONSTIGE HINWEISE

Für die Betreuung unseres Kindes geben wir

- keine
- die nachfolgend aufgeführten

weiteren Hinweise, die für eine individuelle Aufsichtsführung wichtig sind (z. B. besondere Fähigkeiten und Interessen, besonderer Förderbedarf in bestimmten Situationen, besondere Anforderungen an die Aufsichtspflicht in bestimmten Situationen etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wichtig:** Sollte sich bis zum Beginn der Reise an den obigen Informationen etwas ändern; insbesondere im Falle der Änderung von Adress- und Kontaktdaten, wenn neue Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen bekannt werden bzw. wenn einzelne Informationen nicht mehr zutreffen, so sind Sie im eigenen Interesse verpflichtet, dies dem CVJM Halver umgehend mitzuteilen.

**MEDIKAMENTENPLAN FÜR:**

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3	Medikament 4
Name des Medikaments				
Einnahme	<input type="checkbox"/> So. <input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa.	<input type="checkbox"/> So. <input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa.	<input type="checkbox"/> So. <input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa.	<input type="checkbox"/> So. <input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa.
Morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Abends	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Vor dem Schlafengehen	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Bemerkungen (z.B. gekühlt lagern etc.)				

Fällt eines der oben aufgeführten Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte zusätzlich das Formular „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung – Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens“ ausfüllen.

Die oben genannte Person führt Notfallmedikamente mit sich:  Ja  Nein; Bei ja: Welche und wofür? \_\_\_\_\_

Die oben genannte Person führt Bedarfsmedikamente mit sich:  Ja  Nein; Bei ja: Welche und wofür? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des behandelnden Arztes