

# Freizeitpass KIEZ Sommerfreizeit



## INFOS zur teilnehmenden Person

Vorname :  Nachname :

Adresse :

Telefon (gut erreichbar) :  E-Mail :

Alter :  Mein Kind möchte mit folgendem Namen angesprochen werden:

## Gesundheit

Hausarzt / Hausärztin:

Geburtsort:

Krankenversicherung: privat ☐ gesetzlich ☐ Wenn gesetzlich, welche?

Geimpft gegen Tetanus/Wundstarrkrampf: Ja ☐ Nein ☐ Geimpft gegen FSME: Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wann zuletzt?  Wenn ja, wann zuletzt?

Gibt es Allergien? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Bedarf es dafür spezielle Medikamente, wenn ja, welche?

Gibt es Besonderheiten oder Krankheiten?: Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

# Freizeitpass KIEZ Sommerfreizeit



## Gesundheit

Generell dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach einer Anamnese durch eine Ärztin/einen Arzt verabreicht werden. Daran halten wir uns. Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber. Wenn wir die Einnahme des Medikamentes aus einem besonderen Grund sicherstellen sollen, brauchen wir von Ihnen dazu den folgenden Auftrag:

### Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch die Mitarbeitenden der Veranstaltung

Bei Bedarf können wir Ihrem Kind rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- oder Stichtsalbe verabreichen, bedürfen hierzu aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung.\* Hinweis: Bei größeren Problemen nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen oder einer Ärztin/einem Arzt vor Ort auf. Wenn Sie uns keine Zustimmung geben, müssten wir Ihre Tochter/Ihren Sohn bei jeder Verletzung (z. B. Wespenstich) zur Ärztin/zum Arzt bringen.

**Ich stimme der Verabreichung von rezeptfreien Medikamenten zu:** Ja ☐ Nein ☐

\* In unserem Medizinkoffer haben wir folgende rezeptfreie Medikamente: Fenistil-Gel, Paracetamol 500 mg, Voltaren Schmerzgel (Diclofenac), Octenisept-Spray (schmerzfrei, farblos), - Bepanthen Wund- und Heilsalbe, Hansaplast Sensitive Pflaster, Hansaplast Elastic Pflaster, Hansaplast Antibacterial Aqua (wasserfeste Pflaster)

## Zecken ziehen

Ich bin damit einverstanden, dass eine/ein Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter eine Zecke bei meiner Tochter/meinem Sohn entfernen darf: Ist „nein“ angekreuzt, dann gehen die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn zu einer Ärztin/einem Arzt.

Ja ☐ Nein ☐

## Ernährung

Mein Kind isst: Fleisch ☐ vegetarisch ☐ Mein Kind hat Unverträglichkeiten: Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche:

## Schwimmen

Mein Kind ist Schwimmer\*in: Ja ☐ Nein ☐ und hat folgendes Abzeichen:

## Kontaktinfos - Erziehungsberechtigte

### Kontaktperson 1

Vorname :  Nachname :

Angehörigkeitsgrad :

Telefon (gut erreichbar) :  E-Mail :

# Freizeitpass KIEZ Sommerfreizeit



## Kontaktperson 2

Vorname :  Nachname :

Angehörigkeitsgrad :

Telefon  
(gut  
erreichbar) :  E-Mail :

## Einverständnis

- ☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass den Teilnehmenden innerhalb der Freizeit nach verantwortlicher Entscheidung der Leitung und im Rahmen des Jugendschutzgesetzes stundenweise freie Zeit zur eigenen Gestaltung zur Verfügung steht; auch bei Ausflügen. Mein Kind darf dementsprechend allein in 3er-Gruppen unterwegs sein.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass ärztliche Maßnahmen, wie lebensrettende Operationen oder Schutzimpfungen, die von hinzugezogenen Ärzten für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Freizeitleitung befugt ist mein Kind auch aus dem Krankenhaus nach der Entlassung wieder mit zur Unterkunft zu nehmen.

Unterschrift erziehungsberechtigte Person:

Ort/Datum:

Unterschrift Jugendliche\*r

Ort/Datum: