

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort/Str.: \_\_\_\_\_

Bestehende/ akute/ chronische Krankheiten/Allergien oder andere Besonderheiten (z.B.: Asthma, Diabetes, Epilepsie, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Herzfehler, Medikamentenunverträglichkeiten):

\_\_\_\_\_

Mein Kind benötigt folgende(s) Medikament(e):

\_\_\_\_\_

morgens

mittags

abends

nachts

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mein Kind wird diese Medikamente selbstständig einnehmen.

Nein  Ja

Ich erlaube nach vorheriger telefonischer Absprache die Verabreichung von frei verkäuflichen oder homöopathischen Medikamenten und Salben lt. Packungsbeilage des Herstellers.

Nein  Ja

Bei meinem Kind dürfen Zecken unverzüglich von einem/einer Leiter\*in entfernt werden.

Nein  Ja

Ich nehme zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich Erachtet werden, bei meinem Kind ggf. vorgenommen werden.

Ich bin einverstanden, dass bei meinem Kind kleinere Verletzungen (Hautabschürfungen, leichte Prellungen, etc.) von einem/einer Leiter\*in (mit entsprechender Erste Hilfe Ausbildung) behandelt werden.

Mein Kind ist krankenversichert bei (Name und Adresse der Versicherung):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer (Name und Geburtsdatum) und Versicherungsnummer:

\_\_\_\_\_

**Bitte Rückseite beachten!**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind bei einem Unfall, Notfall oder Erkrankung in ein Krankenhaus oder zu einem Arzt gebracht wird.

In diesen Fällen soll folgende Person benachrichtigt werden:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Alternative (z.B. Großeltern) Bin ich/ Sind wir nicht zu erreichen benachrichtigen Sie bitte:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Er/ Sie ist in diesem Fall auch berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen.

Sonstige wichtige medizinische oder andere Hinweise:

---

---



#### **Einwilligungserklärung Datenschutz**

Ich bin damit einverstanden, dass die angegebenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Regelungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden vertraulich behandelt. Es erfolgt keine Weitergabe an unbefugte Dritte außer medizinischem Personal. Diese Erklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Daten werden nach der Freizeit ordnungsgemäß vernichtet.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und erkläre mich mit den genannten Bedingungen einverstanden.

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift d. Erziehungsberechtigten)