

VERSORGUNGSBOGEN

Name, Vorname: _____ Geb.: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Ich bin einverstanden, dass die Leiterrunde der KSJ Burlo im Rahmen der Veranstaltung entstandene Bild-, Film-, und Tondokumente, die unter Umständen auch mein Kind zeigen, für eigene Öffentlichkeitsarbeit nutzen darf.

 Nein Ja

Mein Kind ist

 Nichtschwimmer*in wenig geübte*r Schwimmer*in geübte*r Schwimmer*in

Das höchste Schwimabzeichen meines Kindes ist _____

Die Betreuer*innen dürfen im Bedarfsfall nach eigenem Ermessen meinem Kind:

Wundschnellverbände (Pflaster) anlegen

 Nein Ja

Bepanthen auftragen

 Nein Ja

Fenistil auftragen

 Nein JaWährend der Ferienfreizeit sind wir unter folgender *Adresse* zu erreichen:Im *Notfall* bin ich/ein Informierter unter folgende/(n) Nummer(n) erreichbar:

Name: _____

Telefon 1:

Telefon 2:

Name: _____

Telefon 1:

Telefon 2:

Gerne geben Sie hier auch eine Mobilnummer oder eine Arbeitsanschluss an, unterdem Sie tagsüber erreichbar sind.

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Wir sind aus rechtlichen und versicherungstechnischen Gründen auf die nachstehenden Angaben angewiesen. Füllen Sie den Fragebogen bitte gut leserlich aus.

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Mein Kind trägt...

Brillen/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
eine Zahnklammer	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Schuheinlagen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____

Welche der nachfolgenden Beschwerden sind bei Ihrem Kind bekannt?

Ungewöhnliche Reaktion auf Insektenstiche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Besondere Neigung zu Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Besondere Hör-/Sehbeschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Kreislaufbeschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Herzbeschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Atembeschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Brechreiz/Magenbeschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Übelkeits-/Schwindelreaktionen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Licht-/Sonnenempfindlichkeit ?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Menstrationsbeschwerden /Krämpfe?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____

Welche Besonderheiten sind zu beachten?

Nahrungseinschränkungen z.B. Vegetarier, Intoleranzen, Unverträglichkeiten, etc	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Medikamentenunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Hautempfindlichkeiten (Wolldecken, Sonnenmilch...)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Allergien (Heuschnupfen...)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Psychiatrische Erkrankungen/ psychotherapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Krankheiten, Operationen im letzten Jahr?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____
Sind aus ärztlicher Sicht besondere Vorsichtsmaßnahmen zu treffen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: _____

Medikamente

Name des Medikaments	Dosierung	Verabreichung /Anmerkungen

Ich erkläre, dass mein Kind nach meinem Wissen frei von ansteckenden Krankheiten und Läusen ist.

 Nein Ja**Sonstige Hinweise:**

Besonderheiten auf Grund der Coronapandemie:

Mein Kind hat im schulischen oder privaten Bereich in der letzten Zeit direkten Kontakt zu andern Teilnehmer*innen der Fereinfreizeit.

Für die optimale Einteilung der Bezugsgruppen, die wir zum Schutz der Gesundheit und Sicherheit aller Beteiligten bilden werden, ist es enorm wichtig soviele Informationen über Kontaktpersonen zuerhalten, wie möglich.

Namen der Teilnehmenden : _____

Bitte geben Sie uns Änderungen und akute Besonderheiten vor Ort und zu Beginn der Ferienfreizeit bekannt.

Ort/Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten
