

**VERSORGUNGSBOGEN FÜR VERANSTALTUNGEN DER KSJ BURLO**

Name, Vorname (Kind): \_\_\_\_\_ 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.	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
--	----------------------------	--------------------------

Unser Kind ist	<input type="radio"/> Nichtschwimmer	<input type="radio"/> wenig geübter Schwimmer	<input type="radio"/> geübter Schwimmer
Unser Kind darf unter Aufsicht schwimmen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	

Mein Kind darf bei Bedarf mit einem Privat - PKW (z.B. für Arztbesuche) transportiert werden	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
--	----------------------------	--------------------------

Die Betreuer dürfen im Bedarfsfall nach eigenem Ermessen meinem Kind:		
Wundschnellverbände (Pflaster) anlegen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Bepanthen auftragen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Fenistil auftragen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja

Während der Veranstaltung 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: _____

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Wir sind aus rechtlichen und versicherungstechnischen Gründen auf die nachstehenden Angaben angewiesen. Füllen Sie den Fragebogen bitte gut leserlich aus (am besten gemeinsam mit dem Hausarzt). Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Ist Brillenträger	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Trägt eine Zahnklammer	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Trägt Schuheinlagen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Ungewöhnliche Reaktion auf Insektenstiche?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Besondere Neigung zu Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Besondere Hör-/Sehbeschwerden?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Kreislaufbeschwerden?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Herzbeschwerden?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Atembeschwerden?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Brechreiz/Magenbeschwerden?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Übelkeits-/Schwindelreaktionen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Licht-/Sonnenempfindlichkeit?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Nahrungseinschränkungen (z.B. Vegetarier, Intoleranzen, Unverträglichkeiten, etc):	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Medikamentenunverträglichkeit?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Hautempfindlichkeiten (Woldecken, Sonnenmilch...)?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Chronische Erkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Allergien (Heuschnupfen...)?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Psychiatrische Erkrankungen/ psychotherapeutische Behandlung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Sonstige Beschwerden (Menstruationsbeschwerden, „Einnässen“...)?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
<b>Bisher aufgetretene Kinderkrankheiten:</b>	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Krankheiten, Operationen im letzten Jahr?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____
Sind aus ärztlicher Sicht besondere Vorsichtsmaßnahmen zu treffen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja: _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme/Medikamente bei Bedarf (Aspirin, Nasenspray, Halspastillen...) erforderlich?

Name des Medikaments	Dosierung	Verabreichung	Anmerkung

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

Sonstige Hinweise: \_\_\_\_\_

Aufgrund der aktuellen Lage behalten wir uns vor, im Vorfeld bzw. zusätzlich während des Veranstaltungszeitraums ein negatives Corona-Testergebnis zu erbeten. Hierzu werden wir euch zeitig im Vorfeld informieren.

Ort/Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_