

6. Impfstatus:

- ☐ **Aktiver Tetanus-Schutz** (Die letzte Impfung sollte nicht älter als 10 Jahre sein)
- ☐ **Aktiver Impfschutz gegen FSME**

7. Hinweise zur Ernährung:

- ☐ **Vegan**
- ☐ **Vegetarisch**
- ☐ **Mein Kind verzichtet auf:** _____

8. Schwimmabzeichen:

Mein Kind hat folgendes Schwimmabzeichen: _____

9. Kreuzen Sie bitte die Aussagen an, die auf Sie zutreffen:

- ☐ Ich willige einer Aushändigung und die beaufsichtigte Anwendung, von freiverkäuflichen Salben laut Packungsbeilage des Herstellers, durch eine Betreuungsperson ein (Bepanthen, Fenistil, etc.).
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass notwendige Erste-Hilfe-Maßnahmen (Bsp.: die Wundversorgung mit Verbandsmaterialien) durch die Betreuungspersonen mit einer Erste Hilfe Ausbildung durchgeführt werden. Darüber hinaus willige ich ein, dass kleinere medizinische Maßnahmen (Bsp.: das Ziehen von Zecken oder das Entfernen von Holzsplittern) von angewiesenen Betreuungspersonen selbstständig durchgeführt werden.
- ☐ Ich willige einer Weiterleitung wichtiger Daten, für eine ärztliche Behandlung im Krankheitsfall, an medizinisches Personal ein.

Uns ist es wichtig, an dieser Stelle zu betonen, dass wir nur nach sorgfältiger Abwägung und in enger Absprache mit Ihrem Kind sowie – falls erforderlich – auch nach telefonischer Rücksprache mit Ihnen handeln.

Unser Ziel ist es, die Versorgung Ihres Kindes so zu gestalten, wie es dies auch aus dem häuslichen Umfeld gewohnt ist. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, benötigen wir eine gewisse Absicherung. Nur so können wir im Sinne Ihres Kindes unterstützend tätig sein, ohne dabei selbst in rechtliche Schwierigkeiten zu geraten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die auf dem Zettel erhobenen Daten, für die Dauer des Ferienlagers der KjG MSPE von den Betreuungspersonen in schriftlicher Form aufbewahrt werden.

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Notizen während des Ferienlagers

Diese Seite wird im Laufe des Ferienlagers ggf. durch die betreuenden Personen ausgefüllt:

1. Arztbesuche:

*Eine vorherige telefonische Abklärung mit den Erziehungsberechtigten ist Voraussetzung

- 1.1. Datum: _____
- 1.2. Klinik/ Praxis: _____
- 1.3. Medizinische Diagnose: _____
- 1.4. Ggf. verschriebene Arznei: _____ *Name, Dosierung*
- ☐ Kosten/Eigenanteil in Höhe von _____ € ausgelegt.

2. Zeckenbiss:

- 2.1. Datum: _____
- 2.2. Körperstelle: _____
- 2.3. Hautreaktion/Auffälligkeiten (direkt und im weiteren Verlauf):
- ☐ Nein
- ☐ Ja (direkt): _____
- ☐ Ja (nach einigen Tagen): _____

3. Sonstige Anmerkungen:

