

# Notfallbogen

**Bitte gewissenhaft und vollständig ausfüllen!**

○ heißt: Bitte ankreuzen, wenn es zutrifft oder Sie sich dafür entscheiden!  
 – Die Daten werden vertraulich behandelt, nicht gespeichert und der Umschlag nach der Maßnahme zurückgegeben! Bitte die Felder mit dunklem Stift ausfüllen – Danke!

Name:

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Kirchengemeinde: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**     ja     nein

bei: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Versicherten: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**Folgendes ist in diesem Umschlag - !! kein Geld/kein Ausweis!!:  
 (nicht selbst ausfüllen - wird von Mitarbeitenden ausgefüllt!)**

- Versichertenkarte** (gilt normal EU-weit, bei Unsicherheit bei der eigenen Krankenkasse nachfragen oder zusätzliche Auslandskrankenversicherung abschließen)
- Impfausweis**
- Medikamente** - keine Reiseapotheke!
- Informationen zur Einnahme von Medikamenten** (extra Blatt)
- Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**Wichtige Angaben** zum/r Teilnehmer\_in (TN) (evtl. extra in den Umschlag beifügen.):

Die/der TN leidet an folgenden chronischen Krankheiten/Allergien – hat folgende körperliche/geistige Behinderung (auch Meniskusverletzungen, Brüche im letzten halben Jahr, Medikamentenunverträglichkeit, Pflasterallergie, etc. ...):

KEINE   

Die/der TN hatte bereits eine Blinddarm-Operation:  ja     nein

Letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

Sie/er nimmt regelmäßig folgende Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muss die Einnahme überwacht werden?     ja     nein

Medikamente/Salben werden ggf. während des Camps/der Freizeit **ohne** Rücksprache mit den Erziehungsberechtigten durch die Sanitätsbereichs-Mitarbeitenden in angemessener Dosierung verabreicht. Die Medikamentenverabreichung wird dokumentiert und ihnen nach Ende der Maßnahme mitgeteilt.

Ich widerspreche ausdrücklich der Gabe ohne Rücksprache (Folgendes nur ankreuzen, wenn vor der Medikamentengabe eine Rücksprache erfolgen soll)

- Salben (z.B. Voltaren, Bepanthen, Fenistil, Zugsalbe, Heparinsalbe)
- Schmerzmittel bei starken Schmerzen bzw. Fieber (z.B. Ibuprofen, Paracetamol)
- Mittel zur Desinfizierung von Wunden
- Mittel gegen Übelkeit & Durchfall (z.B. Perenterol, Iberogast..)
- pflanzliche Mittel (z.B. Retterspitz..)
- Mittel gegen kleine allerg. Reaktionen (Fenistil, Ceterizin)

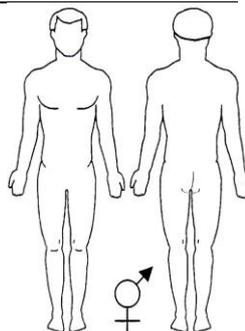
**Wichtige Telefonnummern** während der Maßnahme/Freizeit, um einen Erziehungsberechtigten – immer (24h) - zu erreichen:

Die/der TN hat an folgenden Tagen einen Sanitätsbereichs-Mitarbeitenden aufgesucht:

Wird von Mitarbeitenden ausgefüllt. Weitere Behandlungen und Informationen werden ggf. als Extraseite im Umschlag aufgelistet.

	Datum	Grund/Behandlung
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		



Die für den Sanitätsbereich zuständigen Mitarbeitenden leisten qualifizierte erste Hilfe nach bestem Wissen und Gewissen. Darüber hinaus können wir für Teilnehmende keine Verantwortung übernehmen.

**Für die Richtigkeit der Angaben:**

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift eines Erziehungsberechtigten