



Vorname und Name	<input type="text"/>
Name, Vorname des Personensorgeberechtigten:	<input type="text"/>
Krankenversichert bei welcher Krankenkasse	<input type="text"/>
Versicherungsnummer	<input type="text"/>
Versichert über (Name der/des Familienangehörigen)	<input type="text"/>

Impfungen:

Geimpft gegen Tetanus/Wundstarrkrampf?

- Ja, letztes Impfdatum
- Nein

Geimpft gegen FSME (Zeckenbiss)?

- Ja, letztes Impfdatum
- Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ein Mitarbeiter eine Zecke bei meiner Tochter/meinem Sohn entfernen darf. Ist „nein“ angekreuzt, dann gehen die Mitarbeiter mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn zu einem Arzt.

- Ja
- Nein

Medikamente

Generell dürfen verschreibungspflichtige Medikamente nur nach einer Anamnese durch eine Ärztin/ein Arzt verabreicht werden. Sollte Ihre Tochter/Ihr Sohn Medikamente während der Veranstaltung einnehmen, informieren Sie uns bitte darüber. Wenn wir die Einnahme des Medikamentes aus einem besonderen Grund sicherstellen sollen, brauchen wir von Ihnen dazu den folgenden Auftrag:

Verabreichung rezeptfreier Medikamente durch die Mitarbeitenden der Veranstaltung

Bei Bedarf können wir Ihrer Tochter/Ihrem Sohn rezeptfreie Medikamente wie Kopfschmerztabletten, Halstabletten, Wund- oder Stichtsalbe verabreichen, bedürfen hierzu aber Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Hinweis: Bei größeren Problemen nehmen wir in jedem Fall Kontakt mit Ihnen oder einem Arzt vor Ort auf. Wenn Sie uns keine Zustimmung geben, müssten wir Ihre Tochter/Ihren Sohn bei jeder Verletzung (z. B. Wespenstich) zum Arzt bringen.

Ich stimme der Verabreichung von **rezeptfreien** Medikamenten zu:

- Ja
- Nein

INFORMATIONEN UND EINWILLIGUNGEN

Meine Tochter/mein Sohn und ich/ wir selbst haben diese Informationen und die aus der Anmeldung über die Webseite zur Kenntnis genommen. Mit der Unterschrift bestätigt der/die Sorgeberechtigte/n, dass die Informationen akzeptiert werden und alle Angaben hier und in der Anmeldung richtig und vollständig sind. Als Alleinunterzeichner/in bestätige ich gleichzeitig, dass ich alleinige/r Sorgeberechtigte/r bin, bzw. vom anderen Sorgeberechtigten (anderen Elternteil) mit der Abgabe der entsprechenden Erklärungen beauftragt bin und in dessen Kenntnis und Einverständnis handle.

.....
Datum, Unterschrift des Personensorgeberechtigten