VERSORGUNGSBOGEN FÜR VERANSTALTUNGEN DER KJG BORKEN BURLO

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
--	----------------------------	--------------------------

Unser Kind ist	☐ Nichtschwimmer	☐ wenig geübter Schwimmer	☐ geübter Schwimmer
Unser Kind darf unter Aufsicht schwimmen	☐ Nein	☐ Ja	

Mein Kind darf bei Bedarf mit einem Privat - PKW (z.B. für Arztbesuche) transportiert werden	☐ Nein	☐ Ja
--	----------------------------	--------------------------

Die Betreuer dürfen im Bedarfsfall nach eigenem Ermessen meinem Kind:		
Wundschnellverbände (Pflaster) anlegen	☐ Nein	☐ Ja
Bepanthen auftragen	☐ Nein	☐ Ja
Fenistil auftragen	☐ Nein	☐ 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	☐ Nein	☐ Ja
Trägt eine Zahnklammer	☐ Nein	☐ Ja
Trägt Schuheinlagen	☐ Nein	☐ Ja
Ungewöhnliche Reaktion auf Insektenstiche?	☐ Nein	☐ Ja
Besondere Neigung zu Kopfschmerzen?	☐ Nein	☐ Ja
Besondere Hör-/Sehbeschwerden?	☐ Nein	☐ Ja
Kreislaufbeschwerden?	☐ Nein	☐ Ja
Herzbeschwerden?	☐ Nein	☐ Ja
Atembeschwerden?	☐ Nein	☐ Ja
Brechreiz/Magenbeschwerden?	☐ Nein	☐ Ja
Übelkeits-/Schwindelreaktionen?	☐ Nein	☐ Ja
Licht-/Sonnenempfindlichkeit?	☐ Nein	☐ Ja
Nahrungseinschränkungen (z.B. Vegetarier, Intoleranzen, Unverträglichkeiten, etc):	☐ Nein	☐ Ja
Medikamentenunverträglichkeit?	☐ Nein	☐ Ja
Hautempfindlichkeiten (Woldecken, Sonnenmilch...)?	☐ Nein	☐ Ja
Chronische Erkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Allergien (Heuschnupfen...)?	☐ Nein	☐ Ja
Psychiatrische Erkrankungen/ psychotherapeutische Behandlung	☐ Nein	☐ Ja
Sonstige Beschwerden (Menstruationsbeschwerden, „Einnässen“...)?	☐ Nein	☐ Ja: _____
Bisher aufgetretene Kinderkrankheiten:	☐ Nein	☐ Ja: _____
Krankheiten, Operationen im letzten Jahr?	☐ Nein	☐ Ja: _____
Sind aus ärztlicher Sicht besondere Vorsichtsmaßnahmen zu treffen?	☐ Nein	☐ Ja: _____