



Einwilligung zur Behandlung und Operation

Sollte ich während des Lagers nicht erreichbar sein, erteile ich hiermit den verantwortlichen Leitenden die Erlaubnis, im Notfall einem Arzt eine Behandlungs- und Operationserlaubnis zu erteilen, wenn er dies für erforderlich hält und für medizinisch notwendig. Eine tel. Rücksprache mit den Personensorgeberechtigten findet in jedem Fall statt.

Behandlung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Operation	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Entfernung von Zecken durch Leitende	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Medikamente

Mein Kind nimmt folgende Medikamente **regelmäßig** ein

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Kind nimmt folgende Medikamente **nach Bedarf** ein (inkl. Dosis):

--

Hiermit erkläre ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass mein/unser Kind die oben genannten Medikamente während der Fahrt von einer Leitungsperson verabreicht bekommt.	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein	<input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass mein/unser Kind die **unten genannten freiverkäuflichen Medikamente** während des Lagers von einer Leitungsperson verabreicht bekommt:

Dexpanthenol (z.B. Bepanthen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hydrocortison (z.B. Fenistil Hydrocort)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dimetindenmaleat (z.B. Fenistil Gel)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Octenidin (z.B. Desinfektionsspray)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Povidon-Jod (z.B. Bataisodona)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ibuprofen (Nurofen, Ibuprofen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Paracetamol	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Medikamente die nicht eingenommen werden dürfen:		

Darf(st) du/Ihr Kind an allen sportlichen Aktivitäten aus gesundheitlicher Sicht teilnehmen?	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
Darf sich ihr Kind, nach vorheriger Absprache, in Gruppen von mindestens drei Personen frei ohne Aufsicht bewegen?	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>

Was sollte noch beachtet werden?

--

Impfnachweis				
Impfung	Geimpft?		Zuvor Erkrankt?	
Diphtherie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tetanus (Wundstarrkrampf)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Polio (Kinderlähmung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Keuchhusten (Pertussis)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hib (Haemophilus influenzae B)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis B	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Mumps	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Masern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Röteln	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Windpocken (Varizellen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Grippe (Influenza)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
HPV (Humane Papillomaviren)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Meningokokken	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Pneumokokken	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rotaviren	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Covid-19 Impfung	1. am:			
	2. am:			
Booster (Covid-19)	am:			
Zusatz Ü18				
Gürtelrose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tetanus Auffrischung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

HINWEIS: Dieses Dokument wird für den Zeitraum eines Kalenderjahres verwendet. Es wird am Ende des Jahres gelöscht. Somit muss zu Beginn eines jeden Jahres der Medikamentenbogen erneuert werden und sobald sich irgendeine Angabe ändert.



Rüthen, den

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten