Gesundheitsdatenblatt
Hilf uns, dich kennenzulernen!

Du bist bereit, dich als Jugendleiter für Ocarina einzubringen. Während deiner Arbeit als Jugendleiter möchten wir dich angemessen begleiten und dir helfen, mit allen Situationen fertig zu werden. Aus diesem Grund bitten wir dich, dieses Gesundheitsdatenblatt **sorgfältig** auszufüllen. Zögere nicht, **ein zusätzliches Blatt** beizufügen oder uns zu **kontaktieren**. Bitte **halte uns über die Entwicklung deines Gesundheitszustands** zwischen Anmeldung und Beginn der Tätigkeit als Jugendleiter **auf dem Laufenden**.

TEILNEHMER(IN)

• Name: ..... Vorname (w/m): ..... geb. am: ...../...../.....

• Datum des Aufenthalts/der Spielanimation/der Schulung: vom ..... bis zum .....

Während des Sommers bleibt das Gesundheitsdatenblatt für eine Anmeldung bei demselben Regionalverband zwischen dem 1. Juli und dem 31. August ab dem Datum der Unterzeichnung des Vordrucks gültig, es sei denn, es erfolgt eine anderslautende schriftliche Mitteilung von dir, wenn du bereits volljährig bist, oder von einem Elternteil, entsprechend den in diesem Dokument genannten Bedingungen.

•Nationalregisternummer: .....

Die VoG Ocarina verarbeitet deine persönlichen Daten nach den Vorschriften der allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Deine Nationalregisternummer wird jedoch benötigt im Rahmen einer eventuellen gesundheitlichen Versorgung und/oder als Teil einer globalen Betreuung im Rahmen unserer Aktivitäten.

•Name des Haushaltsvorstands ..... Verwandtschaftsverhältnis:.....
Anschrift: ..... Telefon: .....

E-Mail:.....

• Im Notfall zu kontaktieren (eine andere Person als der Haushaltsvorstand):

1. Name: ..... Telefon: ..... Verwandtschaftsverhältnis: .....

2. Name des Hausarztes: ..... Ort: ..... Telefon: .....

GESUNDHEIT

• Liegen bestimmte gesundheitliche Einschränkungen vor, die für den reibungslosen Ablauf der Tätigkeiten von Bedeutung sind (z. B. Herzprobleme, Epilepsie, Asthma, Diabetes, Reisekrankheit, Migräne, Verstopfung, Nasenbluten, Sonnenüberempfindlichkeit, ansteckende Krankheiten, Hautkrankheiten usw.)? **Gib die Häufigkeit, den Schweregrad und die Maßnahmen an, die zur Vermeidung und beim Auftreten der Beschwerden zu ergreifen sind. Wenn eine Behandlung erforderlich ist, lege bitte ein ärztliches Attest bei.**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

• Hast du eine Operation oder eine schwere Krankheit gehabt? NEIN/JA, welche und wann?

.....

•Liegt eine Allergie/Unverträglichkeit gegenüber einer Substanz, einem Lebensmittel, einem Medikament oder anderem vor?
NEIN/JA, welche?.....
Welches sind die Auswirkungen und Behandlungen? .....
Musst du eine spezielle Diät einhalten (z.B. kein Schweinefleisch, vegetarisch, glutenfrei ...)? NEIN/JA, welche?

.....

• Musst du während des Aufenthalts/der Spielanimation Arzneimittel einnehmen? NEIN/JA, welche, wann, weshalb wie viel, wie lange? **Bitte lege unbedingt eine ärztliche Bescheinigung bei**.

.....
.....

• Nimmst du deine Arzneimittel selbstständig ein? NEIN/JA

• Bist du gegen Tetanus geimpft? NEIN/JA - Datum der letzten Impfung: .....

• Hast du besondere sensorische Schwierigkeiten: Trägst du ein Hörgerät? NEIN/JA
Trägst du eine Brille? NEIN/JA - Andere? .....

• Hast du eine Behinderung? NEIN/JA, welche? .....

• Gibt es Einzelheiten oder andere nützliche Auskünfte, deren Weitergabe an die für die Aktivität verantwortliche Person dir sinnvoll erscheint?

.....
.....
.....

Die medizinische Versorgung, die während einer Aktivität mit Ocarina erforderlich wird, übernehmen wir gemäß den allgemeinen Bestimmungen. Wir kommen jedoch nicht für Kosten wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustands auf, der auf einen Unfall **vor** dem Aufenthalt/der Spielanimation/der Schulung zurückgeht. **Für laufende medizinische Behandlungen** muss der Teilnehmer die erforderlichen Arzneimittel für die gesamte Dauer des Aufenthalts/der Spielanimation/der Schulung bei sich tragen. Auf Wunsch kannst du dem Verantwortlichen die Arzneimittel mit allen zweckdienlichen und erforderlichen Anleitungen anvertrauen. **Bitte lege unbedingt eine ärztliche Bescheinigung bei.**

LEBENSUMFELD

- Wo lebst du gewöhnlich? Familie/abwechselndes Sorgerecht/Einrichtung/Großeltern/andere:.....
- Art des Schulunterrichts: ..... Schuljahr: .....
- Welche Sprache sprichts du im Alltag? .....

FREIZEIT

- Gibt es Tätigkeiten, die du nicht ausüben darfst (Sport, Spiel, Schwimmen, …)? JA/NEIN, welche nicht? .....

  .....

  Grund für eine eventuelle Nichtteilnahme: .....
- Kannst du Kind schwimmen? sehr gut - gut *(25 m = 1 Länge)* - schlecht - überhaupt nicht
- Im Rahmen der Aktivitäten wie Ski fahren usw., kannst du uns folgende Angaben mitteilen: Schuhgröße .....
  Körpergröße? .....cm. Gewicht? .....kg?
- Hast du bereits als Jugendleiter
  - an einem Aufenthalt/einer Spielanimation mit Ocarina teilgenommen? NEIN/JA, wo und wann? .....

    .....
  - an einem Aufenthalt mit einer anderen Organisation teilgenommen? NEIN/JA, wo und wann? .....
  - .....

Der Verantwortliche verfügt über einen Erste-Hilfe-Koffer. Bei akuten Vorkommnissen oder bis dass der Arzt kommt, ermächtige ich den Verantwortlichen, die folgenden Mittel sachgerecht zu verabreichen: Paracetamol (gegen Fieber und Schmerzen), Loperamid (gegen Durchfall), Arnikasalbe (Beulen und Blutergüsse), After Pick (Insektenstiche, Sonnenbrand), Cedium (Desinfizierung).

Vom Haushaltsvorstand auszufüllen, wenn du noch keine 18 Jahre alt bist

Ich, der/die Unterzeichnende, erkläre mich damit einverstanden, dass die als notwendig erachtete Versorgung oder Behandlung während der Aktivitäten durch den Koordinator der Tätigkeit oder den zugehörigen medizinischen Dienst vorgenommen wird. Ich ermächtige den Arzt vor Ort, Entscheidungen zu treffen, die er für dringend und notwendig hält, um die Gesundheit des Teilnehmers sicherzustellen, auch wenn es sich um einen chirurgischen Eingriff handelt.
Englische Übersetzung für Auslandsaufenthalte: *I hereby agree that, during the stay of my child, the responsible for the holiday centre or its medical service may take any required measure in order to provide adequate healthcare to my child. I also grant the local doctor the right to take any urgent and indispensable decision in order to ensure the health of my child, even in case of surgery.*

Wenn kein Notfall vorliegt und kein Transport mit dem Krankenwagen erforderlich ist, ermächtige ich den Koordinator der Tätigkeit, den Teilnehmer mit einem Privatfahrzeug zum Arzt oder Krankenhaus zu fahren oder fahren zu lassen.

Ich, der/die Unterzeichnende, stimme der Anmeldung des/der Obengenannten unter den vorgeschriebenen Bedingungen zu. Die in diesem „Gesundheitsdatenblatt" erteilten Gesundheitsinformationen sind als korrekt und vollständig zu betrachten. Ich verpflichte mich, jede Änderung des Gesundheitszustands des Teilnehmers zwischen der Anmeldung und dem Beginn der Aktivität mitzuteilen und ein neues Gesundheitsdatenblatt an die VoG Ocarina zu senden, um diese Änderungen zu bestätigen. Ich übernehme die volle Verantwortung im Falle fehlerhafter, unvollständiger oder nicht übermittelter Informationen und bin mir bewusst, dass die VoG Ocarina und die Organisatoren jegliche Verantwortung im Falle der Nichtübermittlung oder Nichtaktualisierung der in diesem Vordruck enthaltenen Daten ablehnen.

Name des/der Unterzeichnenden: ..... **Eigenschaft (Eltern, gesetzlicher Vormund, Teilnehmer)** .....

Unterschrift: ..... **Datum:** .....

Diese Daten werden für die tägliche Betreuung des Teilnehmers verwendet und sind den Ocarina-Mitarbeitern für den internen Gebrauch und, falls erforderlich, den aufgesuchten Gesundheitsdienstleistern vorbehalten. In Übereinstimmung mit dem Gesetz über die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie diese jederzeit einsehen und ändern. Diese Daten werden ein Jahr nach der letzten Aktivität vernichtet, wenn keine Akte eröffnet wird.
Der offizielle Name von Ocarina lautet: „Ocarina Eupen, Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht, deutschsprachige Regionalgruppe der nationalen Bewegung Ocarina", Unternehmensnummer 0449.509.480, Sitz: Klosterstraße 29, 4700 Eupen.