



Das **Gesundheitsdatenblatt** ermöglicht uns die Gewährleistung einer **qualitativ hochwertigen Betreuung**, die Ihrem **Kind** (seiner Gesundheit, seinem Rhythmus und seinen Bedürfnissen) **gerecht wird**, weshalb wir Sie bitten, es **sorgfältig** auszufüllen. Zögern Sie nicht, ein **zusätzliches Blatt** beizufügen oder uns zu **kontaktieren**. Dieses Datenblatt muss **innerhalb von 8 Tagen** nach der Anmeldung zurückgeschickt werden. Bitte halten Sie uns **über alle Änderungen** des Gesundheitszustands Ihres Kindes zwischen Anmeldung und Abreise/Beginn des Ferienangebot **auf dem Laufenden**.

TEILNEHMER(IN)

● **Name:** **Vorname (W / M):** **Geb. am:** / /

● **Ort Aufenthalt/Animation:**

● **Datum Aufenthalt/Animation:** vom...../...../..... bis/...../.....

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 der Person, die für das Kind zuständig ist, entsprechend den in diesem Dokument genannten Bedingungen.

● **Nationalregisternummer:**

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

● **Im Notfall zu kontaktieren:** **Verwandtschaftsverhältnis:**

Anschrift:

Telefon: **E-Mail:**

● **Personne à contacter en cas d'urgence** (wenn die für das Kind zuständige Person nicht erreichbar ist)

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, Bettnässen (Inkontinenz), Migräne, Verstopfung, Nasenbluten, Sonnenüberempfindlichkeit, ansteckende Krankheiten, Hautkrankheiten usw.)?

Geben Sie die Häufigkeit, den Schweregrad und die Maßnahmen an, die zur Vermeidung und beim Auftreten der Beschwerden zu ergreifen sind. Wenn eine Behandlung erforderlich ist, legen Sie bitte ein ärztliches Attest bei.

.....

.....

.....

.....

GESUNDHEIT

- Hat Ihr Kind eine Operation oder eine schwere Krankheit gehabt? Ja Nein
welche und wann? :
- Liegt bei Ihrem Kind eine Allergie/Unverträglichkeit gegenüber einer Substanz, Lebensmittel, Medikament oder anderem vor? Ja Nein
welche?
- Welches sind die Auswirkungen und Behandlungen?
- Muss Ihr Kind eine spezielle Diät einhalten (z.B. kein Schweinefleisch, vegetarisch, glutenfrei ...)? Ja Nein
welche?
- Muss Ihr Kind während des Aufenthalts/der Spielanimation Arzneimittel einnehmen? Ja nein
welche, wann, weshalb wie viel, wie lange? **Bitte legen Sie unbedingt eine ärztliche Bescheinigung bei**
- Nimmt Ihr Kind seine Arzneimittel selbstständig ein? Ja Nein
- Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft? Ja Nein - Datum der letzten Impfung:
- Hat Ihr Kind besondere sensorische Schwierigkeiten: Trägt es ein Hörgerät? Ja Nein
Trägt es eine Brille? Ja Nein - Andere?
- Hat Ihr Kind eine Behinderung? Ja Nein welche?
- Haben Sie für den reibungslosen Ablauf des Aufenthalts/der Spielanimation Einzelheiten über das Verhalten des Kindes, deren Weitergabe an die für den Aufenthalt/die Spielanimation verantwortliche Person Ihnen 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 zurückgeht. **Für laufende medizinische Behandlungen** muss der Teilnehmer die erforderlichen Arzneimittel für die gesamte Dauer des Aufenthalts/der Spielanimation bei sich tragen. Auf Wunsch können Sie dem Verantwortlichen die Arzneimittel mit allen zweckdienlichen und erforderlichen Anleitungen anvertrauen. **Bitte legen Sie unbedingt eine ärztliche Bescheinigung bei.**

LEBENSUMFELD

- Wo lebt das Kind gewöhnlich? Familie abwechselndes Sorgerecht Einrichtung Großeltern andere
- Unterrichtswesen: allgemeiner Unterricht Sonderschule, Art:
- Schuljahr:
- Welche Sprache spricht das Kind im Alltag?

FREIZEIT

- Darf Ihr Kind an den angebotenen Tätigkeiten (Sport, Spiele, Schwimmen, ...) teilnehmen? Ja Nein
an welchen nicht?
- Grund für eine eventuelle Nichtteilnahme:
- Kann Ihr Kind schwimmen? sehr gut gut (25 m = 1 Länge) schlecht überhaupt nicht
- Kann Ihr Kind Rad fahren (Zweirad)? Ja Nein
- Welche Schuhgröße hat Ihr Kind?
- Welche Körpergröße? cm.
- Welches Gewicht? kg

SCHLAF

Für **Aufenthalte**: Hat Ihr Kind besondere Gewohnheiten beim Einschlafen oder während der Nacht? Ja Nein
welche?

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

BEGLEITUNG

Damit wir Ihr Kind in diesem neuen Lebensumfeld bestmöglich begleiten können, zögern Sie nicht, uns mehr über seine Gewohnheiten, seine Bedürfnisse, seinen Tagesrhythmus zu erzählen:

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

Die Jugendleiter verfügen über einen Erste-Hilfe-Koffer. Bei akuten Vorkommnissen oder bis dass der Arzt kommt, ermächtige ich die Jugendleiter, die folgenden Mittel sachgerecht zu verabreichen: Paracetamol (gegen Fieber und Schmerzen), Loperamid (gegen Durchfall), Arnikaalbe (Beulen und Blutergrüsse), After Pick (Insektenstiche, Sonnenbrand), Cedium (Desinfizierung).

Ich, der/die Unterzeichnende, erkläre mich damit einverstanden, dass die als notwendig erachtete Versorgung oder Behandlung während des Aufenthalts/der Spielanimation meines Kindes durch den Leiter des Ferienzentrums 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 Kindes 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 die für den Aufenthalt verantwortliche Person, das Kind mit einem Privatfahrzeug zum Arzt oder Krankenhaus zu fahren oder fahren zu lassen.

Ich, der/die Unterzeichnende, stimme der Anmeldung des obengenannten Kindes 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 Kindes 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 ...)

Unterschrift:

Datum :/...../.....

Diese Daten werden für die tägliche Betreuung Ihres Kindes 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.

Ocarina Eupen, Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht, deutschsprachige Regionalgruppe der nationalen Bewegung Ocarina, Unternehmensnummer 0449.509.480, Sitz: Klosterstraße 29, 4700 Eupen.