



## 2.9 Beaufsichtigung von Kindern: Medizinisches Musterformular

*Es ist notwendig, die in diesem Formular abgefragten Informationen zu erteilen, bevor ein Kind zu einer längeren Reise oder einer Veranstaltung mit Übernachtung aufbricht. Das ausgefüllte Formular ist von den erwachsenen Begleitpersonen für Notfälle aufzubewahren und muss vertraulich behandelt werden.*

*In manchen Ländern dürfen Personen, die keine medizinischen Fachkräfte sind, keine Medikamente verabreichen. In solchen Fällen sollten auf diesem Formular lediglich die Kontaktangaben sowie grundlegende Informationen über Allergien usw. verzeichnet werden. Diese Informationen können dann im Notfall dem behandelnden Krankenhaus übergeben werden.*

*Die Vereine/Organisationen müssen die in ihrem Land bestehenden gesetzlichen Vorschriften über die Durchführung medizinischer Behandlungen prüfen und ermitteln, ob erwachsene Begleitpersonen gängige Medikamente verabreichen dürfen.*

### Medizinisches Musterformular

<b>NAME DES KINDES (einschließlich Spitznamen):</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Lizenznummer:</b>
<b>Bekannte Allergien (z.B. gegen Lebensmittel, Insektenstiche, Medikamente):</b>	
<b>Erhält derzeit Medikamente:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <b>Wenn ja, bitte Art und Dosis angeben:</b> <b>Bitte bringen Sie etwaige Rezeptkopien (für verschriebene Medikamente und Sehhilfen) und genügend Arzneimittel für die Dauer der Veranstaltung, einschließlich der Reisezeit, mit.</b>	
<b>Bestehende Erkrankungen wie z.B. Asthma, Epilepsie, niedriger Blutdruck, Diabetes, Anfälligkeit für Migräne/Schwächeanfälle/Schwindel, Depression/Angststörungen sowie Behinderungen:</b>	

<b>Operationen und Krankenhausaufenthalte in der Vergangenheit:</b>
<b>Angaben zur Krankenversicherung:</b> <b>Name der Versicherungsgesellschaft:</b> <b>Nummer der Versicherungspolice:</b>
<b>Gibt es noch etwas, das die erwachsenen Begleitpersonen und die Organisatoren der Veranstaltung Ihrer Meinung nach wissen müssten um sicherzustellen, dass Ihr Kind sicher, geschützt und gut versorgt ist und uneingeschränkt an der Veranstaltung teilnehmen kann?</b>

### Erlaubnis zur Verabreichung von Medikamenten

Bitte geben Sie nachfolgend an, ob Sie Ihr Einverständnis erteilen, dass Ihr Kind gängige Medikamente wie Ibuprofen, Paracetamol, Aspirin usw. für weitverbreitete Beschwerden wie Kopf- und Magenschmerzen erhält. Bei schwereren Erkrankungen wird Ihr Kind zu einem qualifizierten Arzt gebracht.

- Ich/Wir erklären uns einverstanden, dass mein/unser Kind gängige Medikamente wie Ibuprofen, Paracetamol, Aspirin usw. einnimmt, wenn dies zur Behandlung weitverbreiteter Beschwerden erforderlich ist.
- Ich/Wir erklären uns NICHT EINVERSTANDEN, dass mein/unser Kind irgendwelche gängigen Medikamente zur Behandlung weitverbreiteter Beschwerden einnimmt.

Datum: .....

#### Name der Eltern/Erziehungsberechtigten

Nachname, Vorname: .....

UNTERSCHRIFT: ..... Geburtsdatum: .....

Nachname, Vorname: .....

UNTERSCHRIFT: ..... Geburtsdatum: .....

#### Name des Spielers / der Spielerin

Nachname, Vorname: .....

UNTERSCHRIFT: ..... Geburtsdatum: .....