

Stamm

# Notfall-Umschlag

---

Name des Teilnehmers

**Inhalt:**

- Erklärung für die Eltern
- Personalien und Adressen
- Aufsichtspflicht und Ähnliches
- „Arztbogen“

## **„Gebrauchsanweisung“ des Notfallumschlags**

Die Idee zu diesem Schriftstück entstand auf einem 1.-Hilfe-Kurs 2009 für Pfadfinder-Gruppenleiter im DPSG-Bezirk Steinfurt und soll die Vorbereitung von Lagern und anderen Stammesveranstaltungen erleichtern und Unsicherheiten vermeiden.

Dieser Bogen stellt weder eine rechtliche noch eine gesundheitliche Beratung oder Empfehlung dar. Jegliche Haftung für Inhalte des Notfallumschlags ist daher ausgeschlossen. Wir haben uns jedoch mit einem Rechtsanwalt und Mitgliedern des Deutschen Roten Kreuzes abgestimmt und gehen daher davon aus, dass der Notfallumschlag aktuell ist (Stand Februar 2010).

Wir haben uns bemüht, diesen Bogen so zu gestalten, dass er auf jeden Stamm übertragen werden kann. Natürlich können und sollten noch weitere Punkte individuell ergänzt werden, wie zum Beispiel:  
Programmhinweise (Kanu fahren → erlaubt/ nicht erlaubt, Klettern o.ä.)  
Lagerregeln (können beigefügt und dann von den Eltern unterschrieben werden)

Mitwirkende an diesem Fragebogen:

Hendrik Hermann, Ausbilder DRK-Kreisverband Steinfurt  
Christian Kleinbernds, Rotkreuzleiter DRK-Emsdetten  
Dr. Frank Markwardt, Rotkreuzarzt DRK-Emsdetten

Dirk Wiening, Bildungsreferent DPSG-Bezirk Steinfurt / DAK Ausbildung / DRK-Ausbilder  
Ute Böckmann, Arbeitskreis für Ausbildung DPSG-Bezirk Steinfurt  
Dr. Thankmar Wagner, Rechtsanwalt und Bundesreferent der Roverstufe

Bei Rückfragen wendet Euch bitte an:

DWiening@DPSG-Steinfurt.de

## Erklärung für die Eltern

**Liebe Eltern,**

natürlich hoffen wir immer, dass im Lager nichts Schlimmes passiert. Doch im Falle eines Falles möchten wir sicherstellen, dass wir in jeder Situation die bestmöglichen Entscheidungen treffen können. Dazu brauchen wir ihre Hilfe.

Der Fragebogen ist in zwei Kapitel unterteilt. Der erste Teil beschäftigt sich mit Fragen im Bereich der Aufsichtspflicht und allgemeinen Dingen – also Informationen, die den Gruppenleitern auch die Aufsicht im Lager ermöglichen und erleichtern und helfen, einen Notfall zu vermeiden. Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit den gesundheitlichen Fragen, die auch nur durch die Verantwortlichen des Lagers – und im Notfall ggf. von behandelnden Personen –eingesehen werden sollen. Die Daten werden also keinesfalls ohne Grund an Dritte weitergegeben.

Bitte füllen sie die anschließenden Seiten möglichst vollständig aus, um uns das Lagerleben zu erleichtern und damit im Notfall keine Missverständnisse entstehen. Sollte der Platz in dem Fragebogen für Ihre Antworten nicht ausreichen, dann fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt hinzu, verweisen Sie dann im Fragebogen auf das zusätzliche Blatt! Ganz wichtig dabei auch: Notieren Sie den Namen des Kindes und das Geburtsdatum auf dem Beiblatt!

Herzlichen Dank

Die Lagerleitung

### **Personalien und Adressen**

Name des Kindes:

---

Vorname des Kindes:

---

Anschrift:

---

PLZ, Ort:

---

Geburtsdatum:

---

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind (Vor- und Nachname)  
\_\_\_\_\_ an dem \_\_\_\_\_ -  
Lager (nachfolgend „Ferienfreizeit“) der/des \_\_\_\_\_  
(nachfolgend Träger genannt) vom \_\_\_\_\_ bis  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ teilnimmt.

Bei Notfällen verständigen Sie bitte:

Privatadresse der bzw. des Erziehungsberechtigten  
Name:

\_\_\_\_\_  
Vorname:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort:

\_\_\_\_\_  
Telefon, privat:

\_\_\_\_\_  
Telefon, dienstl.:

\_\_\_\_\_  
Mobil:

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

\_\_\_\_\_  
(wenn vorhanden)

Ersatz-Anschrift (z.B. Großeltern)

Bin ich/Sind wir nicht zu erreichen benachrichtigen sie bitte:

Name:

\_\_\_\_\_  
Vorname:

\_\_\_\_\_  
Straße:

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort:

\_\_\_\_\_  
Telefon, privat:

\_\_\_\_\_  
Telefon, dienstl.:

\_\_\_\_\_  
Mobil:

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

\_\_\_\_\_  
(wenn vorhanden)

Er/Sie ist in diesem Fall auch berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sämtlicher

Erziehungsberechtigter

## **Aufsichtspflicht und Ähnliches**

**Name und Vorname des Kindes:**

\_\_\_\_\_

1. Ich/Wir  
erlaube/n,  
erlaube/n nicht, dass meine/unser Kind am Baden in einer geschlossenen  
Badeanstalt oder an einem durch Rettungsschwimmer beaufsichtigten See/  
Strand/Fluss teilnimmt.
1. Mein/unser Kind ist  
Schwimmer / Nichtschwimmer  
und hat folgendes Schwimmbzeichen \_\_\_\_\_ erworben.
1. Ich/Wir  
erlaube/n,  
erlaube/n nicht, dass meine/unser Kind am Kanufahren auf dem  
\_\_\_\_\_ (Name des Flusses oder Sees) teilnimmt.
1. Mein/unser Kind ist Vegetarier?  
Ja                  Nein
1. Mir/Uns ist bekannt, dass mein/unser Kind vorzeitig nach Hause geschickt  
werden kann, wenn:
  1. Ihr/sein Verhalten
  2. Bewusste Fehlinformation der Elternden ordnungsgemäßen Ablauf der Ferienfreizeit gefährdet. In diesem Fall  
sind  
alle anfallenden Kosten (auch für den begleitenden Betreuer) von mir/uns  
unverzüglich zu erstatten.

1. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind tagsüber ohne Begleitung eines Betreuers, aber in Gruppen von mindestens drei Teilnehmern den Lagerplatz verlassen darf.
1. Mir/uns ist bekannt, dass mein/unser Kind aus organisatorischen Gründen in gemischtgeschlechtlichen Zelten schläft.
1. Mein/unser Kind darf während des Sommerlagers im Privat-PKW mitfahren.
1. Bei meinem/unserem Kind sind besondere Auffälligkeiten zu beachten: (Schlafwandeln, Bettnässen, ADS, oder ähnliches):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 
1. Wünsche oder Bemerkungen besonderer Art:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter

Nichtzutreffendes bitte streichen!

„Arztbogen“

**Name und Vorname des Kindes:**  
\_\_\_\_\_

1. Mein/Unser Kind ist krankenversichert bei (Name und Adresse der Versicherung):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. Versicherungsnehmer (Name und Geburtsdatum) und Versicherungsnummer:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie bei der Lagerleitung oder dem Gruppenleiter die Krankenversichertenkarte ihres Kindes (ggf. Auslandskrankenschein) und den Impfpass (auch Kopie) vor der Fahrt ab.

1. Mein/unser Kind wurde zuletzt am \_\_\_\_\_ gegen Tetanus und am \_\_\_\_\_ gegen FSME (Zecken) geimpft.

1. Hausarzt/Kinderarzt:  
Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_
1. Gibt es bei Ihrem Kind ungewöhnliche Reaktionen auf Insektenstiche?  
Nein Ja, folgende: \_\_\_\_\_
1. Bestehende / akute / chronische Krankheiten / Allergien oder andere Besonderheiten: (z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie (Fallsucht), Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Trommelfellschäden, Herzfehler, etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
1. Mein/Unser Kind benötigt zur Zeit folgende(s) Medikament(e):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Gebrauchsanweisung:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
1. Mein/Unser Kind wird diese Medikamente selbstständig einnehmen.  
Ja Nein
1. Fallen diese Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz? (BTM)  
Nein Ja – die Bescheinigung des Arztes lege ich bei.
1. Ich erlaube/Wir erlauben die Verabreichung von frei verkäuflichen und homöopathischen Medikamenten und Salben lt. Packungsbeilage des Herstellers.  
Ja Nein
1. Ich/Wir nehmen zur Kenntnis, dass ärztliche Maßnahmen wie lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die vom hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, bei meinem/unserem Kind im gegebenen Fall vorgenommen werden.
1. Wir erklären, dass unser Kind nach unserem Wissen frei von ansteckenden Krankheiten ist.
1. Sonstige wichtige medizinische oder andere Hinweise:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift sämtlicher Erziehungsberechtigter