

DPSG St. Meinolfus | Rabenstraße 16 | 44143 Dortmund

## Wölflinge, Juffis, Pfadis, Rover und deren Eltern

### »» Erklärung der Erziehungsberechtigten für Veranstaltungen

Liebe Eltern / Erziehungsberechtigten,  
die folgenden Angaben sind für die Leitenden Ihres Kindes bestimmt. Diese sind für eine optimale Betreuung und individuelle Aufsichtsführung sehr wichtig und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Wir möchten Sie bitten, dieses Formular ehrlich und vollständig auszufüllen, zu unterschreiben und spätestens 14 Tage vor Abreise die Leitenden zurückzugeben.

Sie erhalten diesen Bogen nach der Veranstaltung zurück oder dieser wird DSGVO-Konform vernichtet.



DPSG St. Meinolfus  
Dortmund Wambel

### 1. VERANSTALTUNG

Pfingsten in Westernohe  
Name der Veranstaltung

56479 Westernohe  
Veranstaltungsort

26.05.2023

Beginn der Veranstaltung

29.05.2023

Ende der Veranstaltung

### 2. PERSONENBEZOGENE DATEN

Vorname

Nachname

### 3. ERREICHBARKEIT DER SORGEBERECHTIGTEN

Wir sind für Rückfragen jeglicher Art während der Veranstaltung kontinuierlich wie folgt erreichbar:

Name Erziehungsberechtigte 1

Name Erziehungsberechtigte 2

Straße, Hausnummer  
(ggf. Urlaubsadresse)

PLZ, Ort  
(ggf. Urlaubsadresse)

Telefon / Mobil 1

Telefon / Mobil 2

DPSG St. Meinolfus  
Rabenstr. 16  
44143 Dortmund

DPSG – Stamm Dortmund Wambel  
IBAN: DE02 4416 0014 6339 6399 00  
BIC: GENODEM1DOR  
KTO Nr. 633 9639 900  
BLZ 441 600 14  
Bank: Dortmunder Volksbank

info@dpsg-wambel.de

www.dpsg-wambel.de



Für den Fall unserer Abwesenheit / Nichterreichbarkeit benennen wir folgende Ansprechpersonen für dringende Rücksprachen:

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil

#### 4. UNTERLAGEN

Folgende Unterlagen geben wir unserem Kind mit:

- Original* Krankenversicherungskarte
- Kopie* Nachweis über eine Zusatzkrankenversicherung
- Kopie* Nachweis über eine Auslandskrankenversicherung
- Kopie* Impfpass
- Original* Gültigen Kinder-/Personalausweis oder Reisepass
- Original* Bescheinigung über spezielle Medikamente nach Art. 75 des Schengener Durchführungsabkommen
- Original* Medikamentenbogen
- Original* Bildrechtserklärung

Mit der unten geleisteten Unterschrift

- Sind wir mit der Verarbeitung der o.g. Daten im Rahmen der anstehenden Veranstaltung einverstanden
- Bestätigen wir, das wir die Angaben in dem Dokument „Erklärung der Erziehungsberechtigten für Veranstaltungen“ ehrlich und wahrheitsgetreu beantwortet haben und diese für die Veranstaltung gültig sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmender

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



DPSG St. Meinolfus  
Dortmund Wambel

DPSG St. Meinolfus  
Rabenstr. 16  
44143 Dortmund

DPSG – Stamm Dortmund Wambel  
IBAN: DE02 4416 0014 6339 6399 00  
BIC: GENODEM1DOR  
KTO Nr. 633 9639 900  
BLZ 441 600 14  
Bank: Dortmunder Volksbank

info@dpsg-wambel.de

www.dpsg-wambel.de



\_\_\_\_\_  
Vorname Teilnehmer\*in

\_\_\_\_\_  
Nachname Teilnehmer\*in

deutsche pfadfinderschaft sankt georg



## 5. VERSICHERUNGEN

Besteht für den Teilnehmenden eine gesetzliche oder private Krankenversicherung?

gesetzlich

privat

Bei folgender Versicherung: \_\_\_\_\_

Unter folgender Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Besteht für den Teilnehmenden eine Auslandsreisekrankenversicherung?

ja

nein

Bei folgender Versicherung: \_\_\_\_\_

Besteht für den Teilnehmenden eine private Krankenzusatzversicherung?

ja

nein

Bei folgender Versicherung: \_\_\_\_\_

Besteht für den Teilnehmenden eine Haftpflichtversicherung?

ja

nein

Bei folgender Versicherung: \_\_\_\_\_



DPSG St. Meinolfus  
Dortmund Wambel

## 6. ARZT- UND KRANKENHAUSBESUCH

Ich bin bei folgendem Hausarzt / Hausärztin bzw. Kinderarzt / Kinderärztin Patient:

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes / der Ärztin

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer der Praxis

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Sollte Euch bei der Veranstaltung etwas zustoßen und eine ärztliche Behandlung oder ein ambulanter / stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus erforderlich werden, werden die Leitenden versuchen, unverzüglich Kontakt mit euren Eltern / Erziehungsberechtigten aufzunehmen.

- Für die Zeit der Veranstaltung übertrage ich (übertragen wir) den Leitenden die Gesundheitsfürsorge für mich.
- Für den Fall, dass meine Erziehungsberechtigte/r nicht erreichbar sein sollte (sollten) und nach der Diagnose eines Arztes/einer Ärztin eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit von mir bestehen, willige ich ein, dass notwendige Spritzen gesetzt werden dürfen und im Falle besonderer Dringlichkeit auch operiert werden darf.

DPSG St. Meinolfus  
Rabenstr. 16  
44143 Dortmund

DPSG – Stamm Dortmund Wambel  
IBAN: DE02 4416 0014 6339 6399 00  
BIC: GENODEM1DOR  
KTO Nr. 633 9639 900  
BLZ 441 600 14  
Bank: Dortmunder Volksbank

info@dpsg-wambel.de

www.dpsg-wambel.de

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\*in



\_\_\_\_\_  
Vorname Teilnehmer\*in

\_\_\_\_\_  
Nachname Teilnehmer\*in

deutsche pfadfinderschaft sankt georg



## 7. IMPFSCHUTZ

Besteht ein wirksamer Tetanuschutz?

- ja, Datum \_\_\_\_\_  
 nein

Besteht ein wirksamer Zeckenschutz?

- ja, Datum \_\_\_\_\_  
 nein

Mir ist bekannt, dass ich (nicht die Leitenden) für die Impfungen verantwortlich bin!  
Eine Kopie des Impfpasses lege ich der Erklärung bei.

## 8. BESONDERE ERKANKUNGEN UND ALLERGIEEN

Ist der o.g. Teilnehmende  
Asthmatiker\*in?

- ja  
 nein

Ist der o.g. Teilnehmende  
Diabetiker\*in?

- ja  
 nein

Sind Allergien bekannt?

- ja  
 nein

Falls ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind sonstige gesundheitlichen  
Beeinträchtigungen bekannt, die die  
Leitenden kennen sollten?  
Falls ja, welche?

- ja  
 nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



DPSG St. Meinolfus  
Dortmund Wambel

DPSG St. Meinolfus  
Rabenstr. 16  
44143 Dortmund

DPSG – Stamm Dortmund Wambel  
IBAN: DE02 4416 0014 6339 6399 00  
BIC: GENODEM1DOR  
KTO Nr. 633 9639 900  
BLZ 441 600 14  
Bank: Dortmunder Volksbank

info@dpsg-wambel.de

www.dpsg-wambel.de

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer\*in





## 9. ANGABEN ZU BESONDERHEITEN, KRANKHEITEN UND BEHINDERUNGEN

Ich muss aufgrund einer ärztlichen Verordnung regelmäßig Medikamente einnehmen:

ja  nein

- Ich führe die entsprechenden Medikamente selbst mit (eine Liste füge ich zu diesem Schreiben bei) und kann diese auch eigenverantwortlich selbst einnehmen. Ich bin über die Wirkungsweise und Dosierung der Medikamente aufgeklärt.

**Nur möglich ab 16 Jahren und nach Rücksprache mit den Leitenden**

- Ich werde die auf dem Medikamentenplan aufgeführten Medikamenten inkl. Packung und Packungsbeilage zu Beginn des Lagers an die Leitenden übergeben und wünsche, dass die Leitenden für die Dosierung und Einnahme der Medikamente gem. Dosierungshinweis Sorge tragen.
- Für das Mitführen einzelner von mir mitgeführten oder den Leitenden übergebenen Medikamenten ist eine separate Bescheinigung nach Art. 75 des Schengener Durchführungsabkommens ([www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)) erforderlich (z.B. Medikamente zur Behandlung von ADHS). Ich werde dieses Dokument ebenfalls mit der Medikamentenliste abgeben. Mir ist bekannt, dass mir ohne dieses Dokument die Teilnahme an dem Lager, insbesondere wenn dieses ins Ausland führt, verweigert werden kann.

### Bitte beachten Sie den Medikamentenplan!

Für den Fall, dass Ich hier Angaben gemacht haben, kann es sein, dass die Leitenden Kontakt zu mir aufnehmen, um einige wichtige Fragen zu den angehenden Erkrankungen sowie den Medikamenten zu besprechen.

Der Stamm weist darauf hin, dass es den Leitenden im Rahmen ihrer Aufsichtspflicht nicht erlaubt ist eigenverantwortlich medizinische Diagnosen zu treffen und ohne ausdrückliche schriftliche Erlaubnis von mir oder ohne Verordnung durch einen Arzt Medikamente zu verabreichen. Falls bei mir mit dem Auftreten von bestimmten Krankheiten (Übelkeit, Kopfschmerzen, Durchfälle, etc.) zu rechnen ist, steht es mir frei, Medikamente hierfür mit zu führen, bzw. den Leitenden Medikamente hierfür mitzugeben und genau anzuweisen, wann und wie diese anzuwenden sind (siehe Medikamentenliste). Im Fall von Erkrankungen werden die Leitenden immer Kontakt mit mir aufnehmen und das weitere Vorgehen besprechen.

Ich erkläre hiermit, dass Ich, nach unserem Wissen, zurzeit nicht an einer ansteckenden Krankheit nach § 34 des Infektionsschutzgesetzes (z.B. Masern, Windpocken, Röteln, Corona, Läusebefall usw.) leide.

Desweiteren erkläre Ich, dass Ich unverzüglich mit den Leitenden Kontakt aufnehmen werden, wenn Ich oder ein Familienmitglied in den letzten 6 Wochen vor Beginn der Veranstaltung an einer solchen ansteckenden Krankheit erkrankt oder von Läusen befallen ist. Mir ist bewusst, dass eine solche Erkrankung mich von der Teilnahme an der Veranstaltung ausschließt oder – sollte die Erkrankung während der Veranstaltung eintreten – ggf. eine vorzeitige Heimreise erforderlich machen kann.



DPSG St. Meinolfus  
Dortmund Wambel

DPSG St. Meinolfus  
Rabenstr. 16  
44143 Dortmund

DPSG – Stamm Dortmund Wambel  
IBAN: DE02 4416 0014 6339 6399 00  
BIC: GENODEM1DOR  
KTO Nr. 633 9639 900  
BLZ 441 600 14  
Bank: Dortmunder Volksbank

info@dpsg-wambel.de

www.dpsg-wambel.de





## 10. ERSTE HILFE

Mir ist bekannt, dass es den Leitenden ohne eine ausdrückliche Einwilligung nicht gestattet ist, einige Maßnahmen zu ergreifen, die über Erste Hilfe hinausgehen. In einigen Fällen lässt sich durch rasches Eingreifen nicht nur eine Ausweitung der Verletzung/Erkrankung, sondern auch ein Arzt- oder Krankenhausbesuch vermeiden.

Ich gestatten den Leitenden daher:

- Das Entfernen von **Fremdkörpern** aus den oberen Hautschichten (Holzsplitter o.ä.) mit speziell hierfür vorgesehen Hilfsmitteln und die anschließende Desinfektion der Wunde mit dem Desinfektionsmittel **OCTANISEPT Lösung**
- Das Entfernen von **Zecken** mit speziell hierfür vorgesehen Hilfsmitteln und die anschließende Desinfektion der Wunde mit dem Desinfektionsmittel **OCTANISEPT Lösung**
- Die Desinfektion von offenen und kleineren Wunden mit dem Desinfektionsmittel **OCTANISEPT Lösung**
- Das Versorgen von Insektenstichen mit einem handelsüblichen Mittel (z.B. Fenistilgel)
- Mich im Fall von akuten Erkrankungen (Magen-Darm-Infekt, o.ä.) im privaten PKW zum Arzt zu fahren.



DPSG St. Meinolfus  
Dortmund Wambel

DPSG St. Meinolfus  
Rabenstr. 16  
44143 Dortmund

DPSG – Stamm Dortmund Wambel  
IBAN: DE02 4416 0014 6339 6399 00  
BIC: GENODEM1DOR  
KTO Nr. 633 9639 900  
BLZ 441 600 14  
Bank: Dortmunder Volksbank

info@dpsg-wambel.de

www.dpsg-wambel.de



Vorname Teilnehmer\*in

Nachname Teilnehmer\*in

deutsche pfadfinderschaft sankt georg



## 11. ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN, LEBENSMITTELINTOLERANZEN

Der/die Teilnehmende ernährt sich:

- mit Fleisch
- vegetarisch
- vegan
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Hat der o.g. Teilnehmende eine Lactoseintoleranz?

- ja
- nein

Hat der o.g. Teilnehmende eine Glutenunverträglichkeit?

- ja
- nein

Hat der o.g. Teilnehmende eine Histaminintoleranz?

- ja
- nein

Sind sonstige Lebensmittelunverträglichkeiten bekannt?  
Falls ja, welche?

- ja
- nein

---

---

---

---



DPSG St. Meinolfus  
Dortmund Wambel

DPSG St. Meinolfus  
Rabenstr. 16  
44143 Dortmund

DPSG – Stamm Dortmund Wambel  
IBAN: DE02 4416 0014 6339 6399 00  
BIC: GENODEM1DOR  
KTO Nr. 633 9639 900  
BLZ 441 600 14  
Bank: Dortmunder Volksbank

info@dpsg-wambel.de

www.dpsg-wambel.de

Unterschrift Teilnehmer\*in



## 12. BADEERLAUBNIS, PROGRAMMANGEBOTE

Ich bin:

- Nicht-Schwimmer  
 Schwimmer, Abzeichen \_\_\_\_\_

Badeerlaubnis:

- Der/Die Teilnehmende darf am gemeinsamen Baden in Hallen-/ Freibad, Badeseen, See und Meer teilnehmen
- Der/Die Teilnehmende ist in der Lage sich frei und ohne Hilfestellung im Wasser zu bewegen. Dies gilt auch für Bereiche in denen er/sie nicht mehr stehen kann (d.h. ohne Schwimmflügel im mehr als brusttiefen Wasser)
- Der/Die Teilnehmende darf an Aktivitäten auf dem Wasser (Kanufahren u.ä.) teilnehmen

Ausflüge:

- Der/Die Teilnehmende darf in Kleingruppen von mindestens 3 Personen auch ohne Leitenden, nach Absprache mit diesen, das Zeltplatzgelände verlassen und sich bei Ausflügen frei bewegen.
- Der/Die Teilnehmende leidet nicht an gesundheitlichen Schäden, die das Wandern, Radfahren, Baden oder andere üblichen Freizeitaktivitäten einschränken oder verbieten (z.B. Trommelfellverletzung, Herz- oder Kreislaufstörungen) und falls doch teile ich (teilen wir) dies den verantwortlichen Leitenden sofort mit.

Haftung:

- Ich habe / wir haben verstanden, dass die Leitenden nicht für ordnungswidrige, unerlaubte Einzelaktionen der/des Teilnehmenden haften und der/die Teilnehmende die Freizeitmaßnahme bei groben oder anhaltenden Verstößen gegen die Freizeitordnung, bei besonders ungebührlichem Verhalten oder bei nachgewiesenen Straftaten (z.B. Diebstahl, vorsätzliche Sachbeschädigung, Körperverletzung) verlassen muss.
- Ich verpflichte mich / wir verpflichten uns, in diesem Falle den/die Teilnehmende am Veranstaltungsort abzuholen bzw. abholen zu lassen.

Personentransport:

- Ich erlaube / wir erlauben, dass die Leitenden sich mit dem/der Teilnehmenden während der Veranstaltung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland zu bewegen.
- Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass während der Veranstaltung der öffentliche Personennahverkehr genutzt wird.



DPSG St. Meinolfus  
Dortmund Wambel

DPSG St. Meinolfus  
Rabenstr. 16  
44143 Dortmund

DPSG – Stamm Dortmund Wambel  
IBAN: DE02 4416 0014 6339 6399 00  
BIC: GENODEM1DOR  
KTO Nr. 633 9639 900  
BLZ 441 600 14  
Bank: Dortmunder Volksbank

info@dpsg-wambel.de

www.dpsg-wambel.de





Vorname Teilnehmer\*in

Nachname Teilnehmer\*in

deutsche pfadfinderschaft sankt georg



### 13. SONSTIGE HINWEISE

Für die Betreuung von mir gebe ich

- Keine
- Die nachfolgend aufgeführten

weiteren Hinweise, die für eine individuelle Aufsichtsführung wichtig sind (z.B. besondere Fähigkeiten und Interessen, besonderer Förderbedarf in bestimmten Situationen, besondere Anforderungen an die Leitenden in bestimmten Situationen, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Wichtig:** Sollte sich bis zum Beginn der Veranstaltung an den obigen Informationen etwas ändern, insbesondere im Falle der Änderung von Adress- und Kontaktdaten, wenn neue Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen bekannt werden, Medikamente sich geändert haben bzw. wenn einzelne Informationen nicht mehr zutreffen, so bist du im eigenem Interesse verpflichtet, dies umgehend den Leitenden mitzuteilen.

Mit der unten geleisteten Unterschrift

- Bin Ich mit der Verarbeitung der o.g. Daten im Rahmen der anstehenden Veranstaltung einverstanden
- Bestätig Ich, das ich die o.g. Angaben ehrlich und wahrheitsgetreu beantwortet haben

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmender



DPSG St. Meinolfus  
Dortmund Wambel

DPSG St. Meinolfus  
Rabenstr. 16  
44143 Dortmund

DPSG – Stamm Dortmund Wambel  
IBAN: DE02 4416 0014 6339 6399 00  
BIC: GENODEM1DOR  
KTO Nr. 633 9639 900  
BLZ 441 600 14  
Bank: Dortmunder Volksbank

info@dpsg-wambel.de

www.dpsg-wambel.de

