



## »» Personeninformationsbogen

(bitte in Druckschrift ausfüllen):

### 1. Angaben zu meinem Kind:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rhesusfaktor: \_\_\_\_\_

### 2. Kranken- und Haftpflichtversicherung:

Wir bestätigen, dass unser Kind  0 krankenversichert- und  0 haftpflichtversichert ist.  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Versicherungsstatus:  0 Mitglied  0 Familienangehöriger  
Versicherte Person: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### 3. Angaben zu Erziehungs-/Personensorgeberechtigten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon 1: \_\_\_\_\_ Telefon 2: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon 1: \_\_\_\_\_ Telefon 2: \_\_\_\_\_

### 4. Weitere Personen, die im Notfall benachrichtigt werden können:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Art d. Bekanntschaft (z. B. Tante, Großeltern, Nachbarn): \_\_\_\_\_



**5. Operative Eingriffe und ärztliche Behandlung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir wahrheitsgemäß gemachten Angaben und Daten bei Verletzungen/Erkrankungen meines Kindes an den behandelnden Arzt oder das von diesem beauftragte medizinische Fachpersonal weitergegeben werden.

Wenn es während eines Lagers oder einer Fahrt zu einer Verletzung oder Erkrankung meines Kindes kommt, bei welcher ein Arzt\*in einen operativen Eingriff für medizinisch notwendig hält und keine der unter 3. Genannten (Erziehungs- und personensorgeberechtigten) Personen erreichbar sind, übertrage ich die Erteilung der Operationserlaubnis an die Gruppenleiter.

Wir sind damit einverstanden, dass ärztliche Maßnahmen wie z.B. lebensrettende operative Eingriffe oder Schutzimpfungen, die von hinzugezogenen Ärzt\*innen für dringend erforderlich erachtet werden, bei unserem Kind von diesen Ärzt\*innen im gegebenen Fall vorgenommen werden.

Die betreffenden Leiter\*innen sind befugt eine Zecke oder einen Splitter mit entsprechendem Werkzeug zu entfernen, sobald diese entdeckt werden. Dabei sind sie nicht verpflichtet die Kinder selbst abzusuchen, bemühen sich aber um eine gegenseitige oder selbständige Untersuchung der Kinder.

**6. Gesundheitsfragen:**

a) Mein Kind hat folgende Krankheiten bzw. chronische Leiden (z.B. Kopfschmerzen, Bettnässen, epileptischen Anfällen, besonderer Höhenangst, Klaustrophobie etc.):

\_\_\_\_\_

b) Mein Kind hat folgende Behinderung (körperlich und geistig):

\_\_\_\_\_

c) Mein Kind zeigt allergische Reaktionen auf folgende...

...*Medikamente:*

\_\_\_\_\_

...*Nahrungsmittel/ Pollen/ Insektenstiche:*

\_\_\_\_\_

d) Mein Kind darf folgendes nicht essen:

\_\_\_\_\_

e) Mein Kind muss folgende Medikamente in genannter Dosierung einnehmen, diese werden in ausreichender Menge (möglichst mit Beipackzettel) zu jeder Fahrt mitgegeben:

\_\_\_\_\_

Wir werden diese bei Abfahrt den Leiter\*innen mit Namen und nötiger Dosierung beschriftet übergeben (gilt auch bei homöopathischen Medikamenten). Eine Bevollmächtigung für die Leiter\*innen über die Verabreichung von diesen Medikamenten an unser Kind werden wir unterschrieben beilegen.



f) Mein Kind darf an folgende Aktivitäten aus gesundheitlichen Gründen nicht teilnehmen:

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

g) Unser Kind ist gegen Tetanus:  geimpft  nicht geimpft  
Impfung gegen Wundstarkampf (Tetanus) bis: \_\_\_\_\_

Unser Hausarzt\*in ist:

Name: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, die Gruppenleiter ausreichend über Krankheit, chronischem Leiden, ehemaligen Verletzungen, Allergien, Medikamenteneinnahme und sonstigen Besonderheiten, sowie Änderungen in einem persönlichen Gespräch zu informieren.

Eine Zweitausfertigung der Notfall-Medikamente werde ich, bei Bedarf den Gruppenleitern vor Fahrtantritt überreichen. Ich werde mein Kind bzw. die Gruppenleiter über die Einnahme der Medikamente belehren und den Leiter\*innen eine schriftliche Vollmacht zur Verabreichung der Medikamente aushändigen.

### **7. Sport und Bewegung:**

#### **a) Schwimmen:**

1. Mein Kind ist:  Nichtschwimmer  im Besitz eines Schwimmpasses  
 in der Lage mindestens 15 Minuten im tiefen Wasser zu schwimmen

2. Mein Kind darf in Gruppen schwimmen:

ja  nein  ja, unter Aufsicht

3. Mein Kind darf in offenen Gewässern (See, Meer) schwimmen:

ja  nein  ja, unter Aufsicht

4. Mein Kind darf in Erlebnis-Bädern schwimmen:

ja  nein  ja, unter Aufsicht

5. Mein Kind hat folgende Krankheiten, die das Schwimmen beeinträchtigen könnte:

\_\_\_\_\_

#### **b) Wandern und Klettern:**

1. Mein Kind darf an Bergwanderungen (nach ausführlichen Informationen) teilnehmen:

ja  nein  ja, unter Aufsicht

2. Mein Kind darf an Nachtwanderungen teilnehmen:

ja  nein  ja, unter Aufsicht

6. Mein Kind darf an Kletterübungen (z.B. Abseilen, Klettern am Seil, Lagerbauten) nach entsprechender Anleitung teilnehmen:

ja  nein  ja, unter Aufsicht



**c) Sport- Stadt- und Geländespiele:**

7. Mein Kind darf an (Ball-) Sportspielen nach vorheriger Abklärung der Regeln teilnehmen:

0 ja                      0 nein                      0 ja, unter Aufsicht

Ausnahmen: \_\_\_\_\_

8. Mein Kind darf an Stadt- und Geländespielen nach vorheriger Abklärung der Regeln und der örtlichen Begebenheiten teilnehmen:

0 ja                      0 nein                      0 ja, unter Aufsicht

**d) Fahrradfahren (Helmpflicht):**

1. Mein Kind kann Fahrradfahren: 0 ja                      0 nein

2. Mein Kind darf an Gruppenfahrrad/-Touren teilnehmen: 0 ja                      0 nein

3. Mein Kind darf sich in Absprache mit den Gruppenleitern ohne Aufsicht in Kleingruppen (mind. 2 Personen) mit dem Fahrrad frei in der näheren Umgebung bewegen:

0 ja                      0 nein

Hiermit bestätige ich, dass meinem Kind die allgemeinen Regeln des Straßenverkehrs bekannt sind und ich, bei der entsprechenden Aktivität, für ein verkehrstaugliches Rad Sorge.

**8. Sonstiges:**

1. Mein Kind darf an Feuer- und Nachtwachen teilnehmen, ohne dass die körperliche Verfassung (Schlafmangel) beeinträchtigt wird:

0 ja                      0 nein

2. Mein Kind darf sich in Absprache mit den Gruppenleitern ohne Aufsicht in Kleingruppen (mind. 2 Personen) frei bewegen:

0 ja                      0 nein

3. Mein Kind darf in Zelten/Räumen auch in geschlechtlich gemischten Gruppen schlafen:

0 ja                      0 nein

4. Mein Kind darf mit den verantwortlichen Gruppenleitern in einem Auto mitfahren:

0 ja                      0 nein

5. Fotografien meines Kindes von Aktivitäten bei Fahrten und anderen Veranstaltungen dürfen in der Presse und im Internet (z.B. Pfadfinder-Webseiten) veröffentlicht werden:

0 ja                      0 nein

6. Feuerzeuge, Streichhölzer, Handys/Smartphones und elektronische Geräte (mit Ausnahme von Taschenlampen und Fotokameras) sind für die Teilnehmer\*innen nicht erlaubt und werden daher nicht mitgebracht.

7. Die Leiter\*innen behalten sich vor, die unter 6.) genannten Dinge an sich zu nehmen und dem Kind/den Eltern nach dem Lager wieder auszuhändigen, sofern das Kind die Gegenstände dennoch mit ins Lager nimmt.



**9. Besonderheiten:**

1. Mein Kind ist:	
0 Vegetarier 0 _____	0 Veganer 0 _____
2. Mein Kind trägt:	
0 Brille 0 lose Zahnsperre 0 _____ 0 _____	0 Kontaktlinsen 0 feste Zahnsperre 0 _____ 0 _____
3. Mein Kind hat:	
0 Kreislaufprobleme 0 _____ 0 _____	0 _____ 0 _____ 0 _____

**10. Ergänzungen nach eigenem Ermessen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 1) Die Teilnahme an Lagern, Veranstaltungen, etc. kann nur erfolgen, wenn die Einverständniserklärung vollständig ausgefüllt wurde. Mit der Unterschrift bestätigen wir, dass wir alle Punkte gelesen und verstanden haben. Bei Rückfragen sprechen wir die jeweiligen Leiter\*innen an.
- 2) Der Personeninformationsbogen gilt für den Zeitraum der jeweiligen Pfadfinderstufe (Wölflinge, Jungpfadfinder, Pfadfinder, Rover). Bei einem Stufenwechsel bin ich für die Aktualisierung des Personeninformationsbogens mitverantwortlich.
- 3) Ich bin darüber informiert, dass das allgemeine Programm der Gruppen des Stammes Paloma-DPSG Aarbergen- Küchenarbeiten, Holz und Feuer machen, Umgang mit Werkzeugen und Schnitzmesser, sowie die Durchführung von Zeltlagern beinhaltet und selbstverständlich sind. Die damit verbundenen Risiken sind mir bekannt.
- 4) Hiermit bestätige ich, dass ich für Hin- und Rückkommen meines Kindes zur wöchentlichen Gruppenstunde verantwortlich bin. Die Verantwortung trage ich solange, bis ein Leiter\*in anwesend ist.
- 5) Mein Kind ist grundsätzlich frei von ansteckenden Krankheiten oder organischen Leiden, sowie physisch und psychisch in der Lage an den Aktivitäten der jeweiligen Stufe teilzunehmen. Sollte sich dies ändern, werde ich das Leitungsteam unverzüglich darüber informieren.
- 6) Ich habe mein Kind dahingehend belehrt, Anweisungen der Leiter\*in stets zu befolgen.

