

# Teilnehmer\*innen – Datenbogen

Liebe/r Teilnehmer/in, liebe Erziehungsberechtigte,

bitte fülle/füllen Sie diesen Datenbogen sorgfältig und vollständig aus.

- Dieses Dokument kann als Word-Formular am PC ausgefüllt werden.
- Das ausgefüllte & unterschriebene Dokument bitte an den entsprechenden Leiter des Teilnehmenden im Stamm geben als PDF (mit Unterschrift) oder ausgedruckt weitergeben.

Die folgenden Angaben sind für uns notwendig und wichtig, damit wir uns während der Veranstaltung den Teilnehmer/inne/n gegenüber richtig und angemessen verhalten können.

Den Datenbogen bekommen nur die für die Veranstaltung verantwortlichen Mitarbeiter/innen und der anwesende Arzt zu sehen. Sie unterliegen der Schweigepflicht, so dass alle Informationen streng vertraulich behandelt werden.

## Angaben zur Veranstaltung:

Veranstaltung: Diözesanjubiläum 2024  
Termin: 04. – 08.09.2024 Ort: Rothmannsthal  
Veranstalter: DPSG DV Bamberg  
Adresse: Zickstr. 3, 90429 Nürnberg  
Telefon: 0911 / 262716 E-Mail: buero@dpsg-bamberg.de

## Personalien der Teilnehmerin / des Teilnehmers:

Vorname: Nachname:  
PLZ, Ort: Straße:  
Geburtsdatum: Geschlecht:  
Krankenkasse:  
Versicherungsnummer:

**Bitte Krankenversicherungskarte und Kopie vom Impfpass zur Veranstaltung mitbringen!**

## Angaben der Erziehungsberechtigten:

Vorname: Vorname:  
Name: Name:  
Telefon: Telefon:  
Mobil: Mobil:  
E-Mail: E-Mail:

**Im Notfall: Sind Sie jederzeit erreichbar?**

JA / NEIN

Unter welcher Nr.:

Falls **NEIN**: Wer ist dann **immer** erreichbar?

Name und [verwandtschaftliches] Verhältnis zum Kind:

Telefonnummer:

## Gesundheits-Check der Teilnehmerin / des Teilnehmers:

**JA      NEIN**

Vorhandene Allergien?

Akute/chronische Krankheiten?

Vorhandene Behinderung?

Wenn Ja angekreuzt wird, kann es sein, dass ein weiterer Fragebogen zugeschickt wird, der es uns ermöglichen soll, besser und optimal auf die Bedürfnisse des/r Teilnehmers/in eingehen zu können!

Andere deutliche Einschränkungen?

Besonderer Unterstützungsbedarf?

Einnahme von Medikamenten?

Welche:

Wofür:

Schwimmer/in?

Lebensmittelunverträglichkeit?

Sonstige wichtige Informationen:

**Hiermit wird bestätigt, dass die Angaben zu Gesundheitsdaten laut Art. 9. Abs. 1 DSGVO freiwillig erfolgen. Die Daten werden ausschließlich für die Durchführung der Veranstaltung erhoben und gespeichert. Ein Widerruf der Einwilligung zur Erhebung und Speicherung der Daten kann jederzeit erfolgen. Die Daten können in Notfallsituationen an die behandelnde Stelle weitergegeben werden.**

### **Vereinbarungen mit der/dem Teilnehmenden und den Erziehungsberechtigten:**

Zum Sanitäterteam des Lagers gehört ein ausgebildeter Arzt, der während des gesamten Lagers anwesend sein wird.

**JA      NEIN**

Der anwesende Arzt darf bei dem/der Teilnehmer/-in Zecken entfernen und schmerzstillende Salben (Mobilat, Fenistil etc.) verwenden.

Bei Bedarf darf der/die Teilnehmende zu einem Arzt oder in die Klinik gebracht werden.

Die/der Teilnehmende darf unter Aufsicht schwimmen, auch in freien Gewässern, in denen das Leitungsteam das Schwimmen erlaubt.

Die/der Teilnehmende darf sich in Kleingruppen zu 3 Personen in einem vorher festgelegten Bereich und für eine vorgegebene Zeit frei und ohne Leitungsperson bewegen.

Mit der/den Unterschrift/en bestätige ich/bestätigen wir die Richtigkeit der Angaben und verpflichten uns zur Einhaltung der Allgemeinen Teilnahme- und Rahmenbedingungen für das Diözesanjubiläum des Veranstalters.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Teilnehmenden

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten