

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte der Lagerteilnehmer Ameland 2019,

wir freuen uns mit Ihren Kindern auf Ameland eine schöne und erholsame Zeit zu verbringen.

Wie die Erfahrung zeigt, lässt es sich aber leider, trotz aller Sorgfalt, nicht immer vermeiden, dass kleine Unfälle passieren oder Infektionskrankheiten wie Grippe o.ä. auftreten.

Zum Glück haben wir in der ersten Hilfe erfahrene Betreuer, und eine Lagerkrankenschwester, die sich, im Krankheitsfall, gut um Ihre Kinder kümmern werden.

Um die Versorgung Ihrer Kinder optimal zu gestalten, bitten wir Sie den untenstehenden Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen.

Außerdem bitten wir Sie uns zu erlauben in bestimmten Fällen Medikamente zu verabreichen, ohne vorher mit Ihnen Rücksprache gehalten zu haben. Die Erfahrung hat gezeigt, dass dies nötig sein kann, wenn Eltern z.B. in der Nacht nicht sofort erreichbar sind. Ein anderer Fall könnte sein, dass Ihr Kind z.B. über Kopfschmerzen klagt oder leichtes Fieber hat. In diesem Fall erleichtert es uns das Lagerleben, wenn Sie uns erlauben bestimmte Medikamente ohne Rücksprache mit Ihnen zu verabreichen. Über ernsthafte Erkrankungen Ihres Kindes werden Sie natürlich sofort informiert.

Zwar steht uns auf Ameland eine Malteser-Station zur Verfügung, an der wir auch zeitweise einen Arzt erreichen können, aber vor allem nachts oder bei nur leichten Beschwerden ist es einfacher im Lager eine Erstversorgung zu ermöglichen, um dann nur bei ernsten Erkrankungen die Eltern beunruhigen zu müssen oder ärztlichen Rat einzuholen.

Sie helfen uns damit, die Abläufe im Lager und die Versorgung Ihres Kindes im Notfall etwas zu vereinfachen.

Bitte sprechen Sie mit uns auch über besondere Bedürfnisse Ihres Kindes. Besondere Verhaltensweisen, Bettnässen, Versorgung mit Medikamenten an sensiblen Stellen oder besondere Bedürfnisse an Pflege und Betreuung stehen einer Teilnahme am Ferienlager nicht grundsätzlich entgegen.

Es lassen sich im Vorfeld immer Lösungen finden und unser Betreuerteam ist bereit vieles möglich zu machen.

Sollte sich aber vor Ort herausstellen, dass Ihr Kind besondere Bedürfnisse hat und wir somit keine Chance hatten uns darauf vorzubereiten weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass dies dazu führen kann, dass Ihr Kind die Ferienmaßnahme abbrechen muss.

Also: Sprechen Sie uns an. Wir hören zu!

Bei weiteren Fragen zu diesem sensiblen Thema wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an die Lagerleitung.

---

Peter van Schie  
(Lagerleiter)

---

Matthias Mahlke  
(Lagerleiter)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Gesundheitsfragebogen des Ferienwerks St. Franziskus Uedem**  
**zur Teilnahme an der Ferienmaßnahme**  
**vom 14.-28.07.2019**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätigen wir, die Erziehungsberechtigten des oben genannten Kindes, dass das Kind zum Zeitpunkt der Abfahrt in das Ferienlager „Ameland 2019“, unseres Wissens nach frei ist von ansteckenden Krankheiten.

(Im Falle von plötzlichen akuten Infektionen wie z.B. Magen-Darm-Erkrankungen o.ä. kann das Kind nach Abklingen der Symptome gerne nachgebracht werden)

Wir bestätigen, dass das Kind folgende chronischen Krankheiten hat:

keine

die folgenden:

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

Das Kind muss regelmäßig die folgenden Medikamente einnehmen (*bitte auch die Dosierung angeben*):

keine

die folgenden

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

Das Kind leidet unter folgenden Allergien oder Unverträglichkeiten (Nahrungsmittel, Umwelteinflüsse und Medikamente):

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

Die Medikamente sind spätestens bei der Abreise am Bus beim Lageleiter zu übergeben.

Besonders Rücksicht zu nehmen ist auf:

(z.B. Behinderungen; pädagogische Probleme; etc.)

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

Uedem, den .....

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift beider Erziehungsberechtigten)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Einwilligung in Bedarfsmedikation**

Im Falle von Krankheit meines Kindes im Ferienlager werden Sie natürlich schnellstmöglich informiert. Sollte es aber nachts zu einem Notfall kommen, Sie nicht zeitnah erreichbar sein oder nur eine leichte Erkrankung Ihres Kindes vorliegen, erlauben Sie hiermit Ihrem Kind folgende Medikamente zu verabreichen (*bitte ankreuzen*):

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

#### **Bei Fieber über 38°C oder Schmerzen:**

- Paracetamol (*in alters- und gewichtsangemessener Dosierung*)
- Ibuprofen (*in alters- und gewichtsangemessener Dosierung*)

#### **Bei Verstauchungen:**

- Diclofenac-Salbe

#### **Bei Insektenstichen:**

- Fenistil-Gel

#### **Zur Desinfektion kleiner Wunden:**

- Jod-Salbe

Uedem, den .....

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift beider Erziehungsberechtigten)