



Katholische Kirchengemeinde  
St. Peter und Paul  
Gemeinde St. Paulus



Pfarrkirche: Pauluskirche, Voerde

Filialkirche: Barbarakapelle, Voerde-Möllen

Pfarrbüro an der Pauluskirche:  
Akazienweg 1a, 46562 Voerde  
Tel. 02855-923510 Fax 02855-923535  
stpeterpaul-voerde@bistum-muenster.de

[www.stpaulus-voerde.de](http://www.stpaulus-voerde.de) + [www.ameland-express.de](http://www.ameland-express.de)

## Gesundheitsbogen

Ferienfreizeit auf Ameland vom 11. - 25. August 2018

*Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen: Die Freizeitbetreuer/innen erhalten dadurch viele Informationen, die während der Freizeit sehr wichtig werden können. Sollten Sie Fragen haben oder Unklarheiten bestehen, rufen Sie uns bitte an. Wir versichern Ihnen, dass diese Informationen nicht an Dritte weitergegeben werden und dass dieser Fragebogen nach Beendigung der Freizeit vernichtet wird.*

Vor- und Zuname des Teilnehmers: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vor- und Zunamen der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wir sind während der Freizeit erreichbar:

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Sollten wir nicht erreichbar sein können Sie mit folgender Person Kontakt aufnehmen:

\_\_\_\_\_

*(Name/Telefon) Bitte informieren Sie diese Person, dass sie hier genannt ist.*

Unser Kind ist bei folgender **Haftpflichtversicherung** versichert: \_\_\_\_\_  
(In der Regel ist es im Rahmen der Privathaftpflicht der Eltern mitversichert.)

Unser Kind ist bei folgender **Krankenkasse** krankenversichert: \_\_\_\_\_

Name und Telefon des **Kinder-/Hausarztes**: \_\_\_\_\_

(Bitte geben Sie uns spätestens bei der **Gepäckabgabe** die **Krankenversicherungskarte** Ihres Kindes. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse vorab, ob die Karte auch für die Behandlung im Ausland ausreicht oder ob für Arztbesuche in den Niederlanden ein besonderer Krankenschein vorgelegt werden muss. Wir benötigen auch den **Impfausweis** ihres Kindes bzw. eine Kopie hiervon.)

**Eventuell im Rahmen eines notwendigen Arztbesuches entstehende Kosten/Auslagen, die von der jeweiligen Krankenkasse nicht abgedeckt sind, werden dem Ferienlager von uns unverzüglich erstattet.** (Wir empfehlen Ihnen den Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung.)

**Unser Kind ....**

ist **Brillenträger**  nein  ja

trägt **Kontaktlinsen**  nein  ja

trägt eine **Zahnklammer/-Spange**  nein  ja

Besondere **Reiseempfindlichkeiten**  nein  ja

wenn ja: Tabletten nötig  nein  ja

wenn ja:  Tabletten werden selbst eingenommen

Tabletten werden vorher den Betreuern ausgehändigt.

Diese dürfen die Reisetabletten unserem Kind verabreichen.

Ungewöhnliche Reaktionen auf **Insektenstiche?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

Besondere Neigung zu **Kopfschmerzen?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

Besondere **Hör- oder Sehbeschwerden?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Kreislaufbeschwerden?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Herzbeschwerden?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Atembeschwerden?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

Bei Mädchen: **Monatsbeschwerden?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Brechreiz / Magenbeschwerden?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Übelkeits- und Schwindelreaktionen?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Licht- oder Sonnenempfindlichkeit?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Nahrungsmittelunverträglichkeit?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

Bei unserem Kind bestehen besondere **Einschränkungen** bei der Teilnahme an der **Gruppenverpflegung.**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Medikamentenunverträglichkeit?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Hautempfindlichkeiten?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Allergien?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Schlafwandler / Bettnässer?**  nein  ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Psychische Beschwerden / ADHS?**

nein

ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

**Sonstige Beschwerden?**

nein

ja

Nähere Informationen: \_\_\_\_\_

Bisher aufgetretene **Kinderkrankheiten?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Krankheiten / Operationen** im vergangenen Jahr? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann war die letzte Impfung gegen Tetanus? \_\_\_\_\_

**Unser Kind hat besondere Verhaltensauffälligkeiten, die dem Betreuungsteam bekannt sein sollten.** *(Haben Sie keine Sorge, dass wir deshalb „anders“ oder besonders auf ihr Kind schauen, aber es kann manchmal hilfreich sein, um bestimmte Dinge zu wissen. Vielleicht ist jemand in der Verwandtschaft verstorben, ihr Kind ist hier und da besonders empfindlich..., reagiert hier und da ungewöhnliche, oder... Für einen guten Verlauf im Ferienlager können solche Informationen sehr wichtig sein. Bitte notieren Sie umseitig auch, wenn es zwischen ihrem Kind und anderen Teilnehmern evtl. bestehende Konflikte gibt. Gerne können Sie uns solche Informationen auch im persönlichen Gespräch geben. Auch wird die Lagerleitung sehr sensibel mit Ihren Angaben umgehen und diese Informationen nur dann an die Betreuer weitergeben, wenn dies für den Umgang mit ihrem Kind wichtig sein könnte.)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Bitte geben Sie diesen Fragebogen ausgefüllt mit der Anmeldung  
oder später im Pfarrbüro ab (spätestens am Tag des Vortreffens).

Die ganz aktuellen Informationen zur Medikation (Gesundheitsbogen II) und aktuellen  
Erkrankungen geben Sie mit Impfausweis (bzw. Fotokopie), Kinderausweis bzw. Kinder-  
reisepass und Krankenversicherungskarte (evtl. Medikamente) bei der Gepäckabgabe ab.)

**Sämtliche Formulare (Gesundheitsbögen, Anmeldung, Einverständniserklärung)  
können auch von der Seite [www.ameland-express.de](http://www.ameland-express.de) heruntergeladen werden.**

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alle Angaben in diesem Fragebogen haben wir nach besten Wissen gemacht.**

Voerde, \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter(s)