**Notfall-Umschlag**

Veranstaltung **GEISTESBlitz**goes

Datum der Veranstaltung 14.05.2022

Name des Teilnehmers/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
der Teilnehmerin

Erklärung für die Eltern / Sorgeberechtigte

Liebe Teilnehmer\*innen, liebe Eltern/Sorgeberechtigte,

dieser Bogen soll die Vorbereitung unserer Veranstaltung erleichtern und Unsicherheiten vermeiden. Dieser Bogen stellt weder eine rechtliche noch eine gesundheitliche Beratung oder Empfehlung dar. Natürlich hoffen wir immer, dass bei unserer Veranstaltung nichts Schlimmes passiert. Doch im Falle eines Falles möchten wir sicherstellen, dass wir in jeder Situation die bestmöglichen Entscheidungen treffen können. Dazu brauchen wir Ihre Hilfe.

Bitte verpflichten Sie sich, die anschließenden Seiten vollständig auszufüllen, um uns die Durchführung zu ermöglichen und um Missverständnissen im Notfall vorzubeugen. Ziel ist die Sicherung der bestmöglichsten Versorgung, weshalb bspw. Angaben zu Eigenschaft als Bluter oder Medikamentenunverträglichkeiten lebensrettend sein können.

Sollte der Platz in dem Fragebogen für Ihre Antworten nicht ausreichen, dann fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt hinzu, verweisen Sie dann im Fragebogen auf das zusätzliche Blatt! Ganz wichtig dabei auch: Notieren Sie den Namen des Kindes und das Geburtsdatum auf dem Beiblatt!

Hinweise zum Datenschutz:  
Die Daten, die in diesem Bogen erfasst werden, werden nur für den Zweck der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung dieser Veranstaltung erfasst und genutzt.  
Die Leitungen sind sensibilisiert und verpflichtet, sich an das Datengeheimnis zu halten.   
Die Informationen werden vertraulich behandelt und nur im Notfall zur Versorgung an Dritte weitergegeben, wozu wir rechtlich verpflichtet sind.   
Über sensible Angaben weiß nur die Leitung Bescheid und gibt diese im Bedarfsfall an direkte Betreuer\*innen ihres Kindes weiter.   
Die Daten werden sicher aufbewahrt. Nach der Veranstaltung wird der Umschlag mit allen enthaltenen Informationen vernichtet. Die Einwilligung zur Datenverarbeitung orientiert sich am Kirchlichen Datenschutzgesetz (KDG).

Ohne diese Daten kann ihr Kind nicht an der Maßnahme teilnehmen, da wir Sicherheit und Aufsichtspflicht sonst nicht gewährleisten können.

Herzlichen Dank

Das Kath. Jugendreferat Hohenlohe

**Personalien und Adressen**

Vorname/Name des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind an **GEISTESBlitz**goes am 14.05.2022 von teilnimmt.

Bei Notfällen verständigen Sie bitte:

Privatadresse der bzw. des Erziehungsberechtigten

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

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon, privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oder

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

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon, privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Er/Sie ist in diesem Fall auch berechtigt, die Aufsichtspflicht zu übernehmen und wichtige Entscheidungen zu treffen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort/Datum Unterschrift Sorgeberechtigte

*(Bei nur einer Unterschrift versichert die unterzeichnende Person, dass sie allein vertretungsberechtigt ist.)*

Umgang im Krankheitsfall/medizinische Angaben

1. Gibt es bei Ihrem Kind ungewöhnliche Reaktionen/Allergien auf Insektenstiche?

Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Bestehende/akute/chronische Krankheiten/Allergien oder andere Besonderheiten: z.B. Asthma, Diabetes, Epilepsie (Fallsucht), Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Trommelfellschäden, Herzfehler, etc., die mein/unser Kind von der Teilnahme an bestimmten Aktivitäten (z.B. Sport) ausschließen würde oder auf die die Leiterinnen und Leiter besonders achten müssen:

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

1. Mein/Unser Kind benötigt zurzeit folgende(s) Medikament(e):

Ja (Angabe des Medikaments) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nein

1. Dies darf mein/unser Kind nicht zu sich nehmen:

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

1. Wir sind damit einverstanden, dass Fremdkörper wie Holzsplitter und Glasscherben aus der Haut meines Kindes mit den notwendigen Hilfsmitteln entfernt werden dürfen:

Ja  Nein

1. Wir erklären uns damit einverstanden, dass Wunden versorgt werden dürfen:

Ja  Nein

1. Wir erklären, dass unser Kind nach unserem Wissen frei von ansteckenden Krankheiten ist.

Ja  Nein

1. Sonstige wichtige medizinische oder andere Hinweise:

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

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

Ich stimme der Verwendung dieser personenbezogenen Gesundheitsdaten für die o.g. Zwecke im Sinne dieser Veranstaltung zu.

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

Ort/Datum Unterschrift Sorgeberechtigte  
*(Bei nur einer Unterschrift versichert die unterzeichnende Person, dass sie allein vertretungsberechtigt ist.)*

Einverständniserklärung zur Bild- und Filmnutzung

Veranstaltung: GEISTESBlitzgoes

Bei der Veranstaltung würden wir gerne Foto-, Ton- und Filmaufnahmen machen und diese dann für unsere Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Berichterstattung auf unserer Homepage oder in den Social-Media-Auftritten (z. B. Facebook)) nutzen und auch damit für weitere Veranstaltungen mit z.B. Faltblättern einzuladen. Bilder spiegeln die Atmosphäre einer Veranstaltung und unserer Arbeit wider. Aber um Fotos zu veröffentlichen, braucht es die Zustimmung derjenigen Person, bzw. die der Eltern/Sorgeberechtigten, falls die Person noch nicht volljährig ist. Deswegen bitten wir Sie um Ihre Zustimmung.

Es versteht sich von selbst, dass wir keine Bilder oder Filme machen oder sogar veröffentlichen, die Personen in peinlichen Situationen zeigen. Portraitfotos werden von uns nicht veröffentlicht. Selbstverständlich ist für uns auch, dass keine Namen zu den Fotos oder Filmen veröffentlicht werden. Die Bildrechte werden nicht an kommerzielle Agenturen weitergegeben oder für kommerzielle Zwecke genutzt.  
Sie können das Recht zur weiteren Verwendung der Bilder für die Zukunft jederzeit widerrufen. Der Widerruf kann aber nur für künftige Bild- und Datenverwendungen wirken, bereits erfolgte Veröffentlichungen (auch in elektronischer Form) können leider nicht „zurückgerufen“ werden.

**Von den Sorgeberechtigten zu unterschreiben:**

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos und Filme meines/unseres Kindes

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Vor-, Nachname) für die oben beschriebene Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden:

Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass evtl. Fotos und Filme meines/unseres Kindes an die anderen Teilnehmenden der Veranstaltung weitergegeben werden:

Ja  Nein

Ich stimme der Verwendung dieser personenbezogenen Daten für die o.g. Zwecke im Sinne dieser Veranstaltung zu.

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

Ort/Datum Unterschrift Sorgeberechtigte  
*(Bei nur einer Unterschrift versichert die unterzeichnende Person, dass sie allein vertretungsberechtigt ist.)*

**Vom teilnehmenden Kind/Jugendlichen zu unterschreiben:**

Ich verpflichte mich hiermit, die auf der Veranstaltung gemachten Fotos und Filme, auf denen andere Teilnehmende zu sehen sind, nicht ohne deren Einverständnis im Internet zu veröffentlichen oder über sonstige Medien Drittpersonen zur Verfügung zu stellen.

Ich bin zudem damit einverstanden, dass Fotos und Filme von mir in der oben beschriebenen Weise durch den Veranstalter veröffentlicht werden.

Ja  Nein

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

Ort/Datum Unterschrift Teilnehmer\*in

Selbstverständlich entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, wenn Sie uns keine Einwilligung erteilen oder diese später widerrufen.