

Mitarbeitendenpass für eine Aktion, Veranstaltung oder Freizeit der Evangelischen Jugend im Donaudekanat Regensburg

Bitte den zweiseitigen Mitarbeitendenpass vollständig ausfüllen und unterschrieben per Post, Fax oder eingescannt per E-Mail an info@ej-donaudekanat.de zurückschicken.

Für jede_n Mitarbeiter_in ist ein eigener Mitarbeitendenpass auszufüllen!

Name Aktion, Veranstaltung oder Freizeit: *

Vorname: *

Nachname: *

Geburtsdatum: *

Sorgeberechtigt: *

beide Eltern nur Mutter nur Vater

andere Person (Name, Funktion): _____

Ich bin bereits volljährig.

Während der Maßnahme sind die **Sorgeberechtigten** unter folgenden Angaben zu erreichen: *

Vor- und Nachname	Anschrift	Telefonnummer	Handynummer

Zu verständigende Person(en), falls die oben genannten Sorgeberechtigten **nicht** zu erreichen sind:

Vor- und Nachname	Anschrift	Telefonnummer	Handynummer

Angaben zur Gesundheit: *

Ich bin **Vegetarier_in**: Ja Nein

Ich habe **Allergien** und/oder **Lebensmittelunverträglichkeiten**: Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Besondere **Essgewohnheiten**: _____

Ich habe folgende **Krankheiten** oder **Besonderheiten** (z.B. ADHS, Neigung zu Heimweh, etc.):

Ich muss regelmäßig folgende **Medikamente** einnehmen (Name, Dosierung, Einnahmezeiten):

* Pflichtfelder

Seite 1/2

Angaben zur Gesundheit: *

Ich benötige folgende **medizinische Hilfsmittel** (z.B. Zahnsperre, Hörgerät, Brille):

Hausarzt_ärztin (Name, Anschrift, Telefonnummer):

Ich bin **geimpft** gegen: Tetanus Datum der letzten Auffrischung: _____
 FSME Datum der letzten Auffrischung: _____

Angaben zur **Krankenkasse**: privat versichert gesetzlich versichert

Name der Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Schwimmen: *

Ich kann schwimmen: Ja, sehr gut Ja, gut Ja, aber schlecht Nein, gar nicht

Ich bin Rettungsschwimmer: Ja Nein

Ich habe folgendes Schwimmbzeichen: _____

Teilnahme an Bildungsmaßnahmen:

- Erste-Hilfe-Kurs Datum: _____
- Jugendleitergrundkurs Datum: _____
- Teenie-Teamer-Kurs Datum: _____
- Spezialkurs Datum: _____ Thema: _____
- Sonstiges (z.B. Kletterschein, Rettungsschwimmer): _____

Medizinische Versorgung: *

Ich bin mit folgenden Punkten (bitte entsprechendes ankreuzen) einverstanden:

- Kleinere Schürfwunden dürfen mit **Desinfektionsmittel** (Octenisept Wunddesinfektion) und **Pflaster** durch andere Mitarbeitende der Maßnahme behandelt werden.
- Spreißel** und **Zecken** dürfen von anderen Mitarbeitenden der Maßnahme entfernt werden.
- Bei behandlungsbedürftigen aber nicht lebensbedrohlichen Verletzungen (z.B. angeschwollene Insektenstiche) darf der **Transport** zu einem Arzt von einem Mitarbeitenden im PKW erfolgen.
- Ärztliche Maßnahmen wie **operative Eingriffe** oder **Schutzimpfungen**, die von einem hinzugezogenen Arzt für dringend erforderlich erachtet werden, dürfen im gegebenen Fall vorgenommen werden, falls die Sorgeberechtigten nicht erreichbar sind.

Sonstige Anmerkungen:

Unterschrift:

Ort, Datum: *

Unterschrift eines Sorgeberechtigten: *
(bei Mitarbeiter_innen unter 18 Jahren)