

Gesundheitsbogen

Amelandfreizeit 2022

Vor- und Zuname der/des Teilnehmenden: _____

Vor- und Zuname des/der Sorgeberechtigten: _____

1. Freiwillige Einwilligungserklärung:

Ich/Wir nehme/n hiermit zur Kenntnis, dass diese Einwilligung und Angaben freiwillig sind und nicht gegeben werden müssen. Wenn diese Einwilligung nicht gegeben wird, hat das zur Folge, dass die Angaben dem Malteser Hilfsdienst e.V. nicht vorliegen bzw. sie nicht weitergegeben werden können. Das kann für den Teilnehmenden zur Folge haben, dass es im Rahmen der Teilnahme an der Veranstaltung zu Beeinträchtigungen auch gesundheitlicher Art kommen kann. Insbesondere gehen wir mit Blick auf die pandemische Lage ohne Gesundheitsbogen davon aus, dass kein Impfschutz vor SARS-CoV2 vorliegt.

Ich/Wir willige/n hiermit darin ein, dass folgende gesundheitsrelevanten Daten über mich bzw. unser Kind von dem Malteser Hilfsdienste e.V. im Rahmen der Teilnahme an der oben genannten Veranstaltung des Malteser Hilfsdienstes e.V. verarbeitet werden, nämlich (*bitte kreuzen Sie die relevanten Punkte an und tragen die relevanten Angaben ein*):

Ich/ Unser Kind leidet unter folgenden Lebensmittallergien/-unverträglichkeiten:

Ich/ Unser Kind hat folgende (chronische) Erkrankung und/ oder gesundheitliche Einschränkungen:

Ich/ Unser Kind leidet an folgenden Allergien:

Ich/Unser Kind leidet unter folgenden Medikamentenunverträglichkeiten:

Ich/Unser Kind nehme/ nimmt folgende Medikamente regelmäßig ein:

Ich/Unser Kind benötigt/benötige besondere Unterstützung/ Support:

Sonstige Mitteilungen

Angaben zur Ernährung

Keine Besonderheiten zu beachten vegetarische Kost Laktosefreie Kost

Unser Kind leidet/ ich leide unter folgenden Unverträglichkeiten oder es wird verzichtet auf: _____

Impfschutz SARS-CoV2

Unser Kind besitzt/ ich besitze zum Zeitpunkt der Abfahrt einen vollständigen Impfschutz vor SARS-CoV2.

2. Weitergabe an andere Empfänger:

Ich/Wir willige/n hiermit darin ein, dass diese Informationen in einem Notfall oder einem medizinischen Zwischenfall einem hinzugezogenen Arzt, Rettungssanitäter oder einer anderen Person mit medizinischer Ausbildung weitergeleitet werden dürfen.

Ich/wir willige(n) hiermit darin ein, dass bestehende Lebensmittelallergien/-unverträglichkeiten oder gesundheitlichen Einschränkungen an das Küchenteam weitergegeben werden dürfen zum Zweck der adäquaten Versorgung und/oder Unterbringung während des Aufenthaltes.

3. Hinweis auf das Widerrufsrecht:

Ich /wir nehme/n hiermit außerdem zur Kenntnis, dass diese Einwilligung ganz oder zu Teilen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos und ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Malteser Hilfsdienst e.V. widerrufen werden kann, dies mit der Folge, dass der Malteser Hilfsdienst e.V. nicht auf diese Daten zurückgreifen kann. Daher ist nicht ausgeschlossen, dass es im Rahmen der Teilnahme an der Veranstaltung zu Beeinträchtigungen auch gesundheitlicher Art kommen kann.

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang der Widerrufserklärung die betroffenen Daten sowohl bei Malteser Hilfsdienst e.V., Diözesanjugendreferat Essen als auch bei Dritten gelöscht, sofern keine gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung besteht.

Der Widerruf ist zu richten an:

Malteser Hilfsdienst e.V., Diözesanjugendreferat Essen, Altendorfer Str. 97-101, 45143 Essen

Ort, Datum

Unterschrift der teilnehmenden Person

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten
