

Einwilligung zur Medizinischen Versorgung

Aufgrund aktueller Entwicklungen in der Rechtsprechung sind wir verpflichtet, uns zu nachfolgender Erklärung Ihre Kenntnisnahme sowie Zustimmung oder Ablehnung durch Ihre Unterschrift bestätigen zu lassen (bitte zu jedem Punkt „ja“ oder „nein“ eindeutig markieren!):

Erklärung

Uns ist bekannt, dass es den Leitern und Mitarbeitern des Herbstlagers ohne eine ausdrückliche Einwilligung eines Sorgeberechtigten nicht gestattet ist, eigene Maßnahmen über die Erste Hilfe hinaus zu ergreifen. In einigen Fällen lässt sich durch ein rasches Eingreifen nicht nur eine Ausweitung der Verletzung/Erkrankung, sondern auch ein Arzt- oder Krankenhausbesuch vermeiden.

Wir gestatten den Mitgliedern des Lagerteams unseres Kindes:

- ja nein Die vorsorgliche Behandlung mit mückenabwehrenden Mitteln
- ja nein Die vorsorgliche Behandlung mit Sonnencreme
- ja nein Die Behandlung mit lindernden äußerlichen Mitteln (z.B. Fenistil Gel) bei Insektenstichen, Sonnenbrand und ähnlichem.
- ja nein Die Desinfektion von offenen Wunden mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln.
- ja nein Die Versorgung von Wunden mit geeignetem Verbandsmaterial.
- ja nein Die „psychologische“ Verwendung von Heftpflastern oder Ähnlichem zur Linderung des Schmerzempfindens bei kleinsten (nicht versorgungspflichtigen) Verletzungen.
- ja nein Das Entfernen von Fremdkörpern aus den oberen Hautschichten (Holzsplitter, Glasscherbe etc.) und die anschließende Desinfektion der Wunde mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln.
- ja nein Das Entfernen von Zecken und die anschließende Desinfektion der Wunde mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln.

Zeckenbisse werden – sofern sie uns bekannt werden – in jedem Fall zum Zweck der weiteren Beobachtung dokumentiert.

- ja nein Den Einsatz von Placebos (Traubenzucker-Pastillen) als Hilfsmittel zur Linderung von Heimweh und ähnlichen „Seelenschmerzen“.

Uns ist bekannt, dass die Mitarbeiter(innen) nur berechtigt, aber nicht verpflichtet sind, solche Maßnahmen zu ergreifen.

- ja nein Ich bin mit **medizinischer Versorgung** meines Kindes einverstanden, falls ich telefonisch nicht erreichbar bin.
Dänisch: Hvis I ikke kan nå mig på telefon, så er jeg inforstået med, at mit børn får **medicinske hjælp**.
Norwegisch: Jeg er inforstått med at barnet mitt får **medisinsk hjelp**, dersom det ikke er mulig å nå meg på telefon.

Name des Kindes

.....

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Diese Erklärung gilt für das Herbstlager 2015 in Sandkrug bis einschließlich 18.10.2015.



Stamm Paulus
Pfadfinder in Ostercappeln und im Wittlager Land

