Anmeldebogen für Teilnehmende und Gruppenleiter/innen - TEIL II

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten der besonderen Kategorie gem. § 11 Abs. 2 lit. a) KDR-OG des Kindes:

Veranstaltung: Wilde Wiese - Bundesjugendlager der Malteser Jugend
Vor- und Zuname des Kindes/des Teilnehmenden: _____

Vor- und Zuname des/der Sorgeberechtigten: _____

Angaben zu gesundheitlich relevanten Daten:

Wenn Sie uns gesundheitlich relevante Angaben zu Ihrem Kind geben oder einen besonderen Unterstützungsbedarf des Kindes mitteilen möchten, handelt es sich dabei um „personenbezogene Daten der besonderen Kategorie" nach §§ 4, 11 KDR-OG, deren Verarbeitung uns datenschutzrechtlich nur gestattet ist, wenn Sie hierin Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung erteilen. Dies gilt auch für die Weitergabe der Daten an von Ihnen ausgewählte Empfänger.

Ich/Wir willige(n) hiermit ein, das folgende gesundheitsrelevante Daten über mein/unser Kind von dem Malteser Hilfsdienste e.V. im Rahmen der Teilnahme des Kindes an der Veranstaltung mit Übernachtung verarbeitet werden, nämlich:

☐ **Mein/Unser Kind hat/ ich habe folgende chronische Erkrankung:**

_____

☐ **Mein/Unser Kind leidet/ ich leide an folgenden Allergien:**

_____

☐ **Mein/Unser Kind/Ich muss regelmäßig folgende Medikamente einnehmen**
(Hinweis an die Personensorgeberechtigten: es kann ein separater Medikamentenplan (Medikament/ Zeitpunkt/ Menge) ausgefüllt und der Gruppenleitung mitgegeben werden. Für die Aufbewahrung von zu kühlenden Medikamenten steht ein Kühlschrank in der Arztpraxis zur Verfügung. Bitte teilen Sie uns ausdrücklich mit, wenn Medikamente gekühlt werden müssen, indem Sie hinter den Namen des Medikamentes den Zusatz aufnehmen: *(muss gekühlt werden).*

_____

☐ **Mein/Unser Kind hat/ Ich habe folgenden besonderen Unterstützungsbedarf:**
Hinweis an die Personensorgeberechtigten: Liegt eine gesundheitliche Einschränkung oder ein besonderer Unterstützungsbedarf vor, wird sich die Gruppenleitung oder das Arztpraxis-Team eventuell mit Ihnen persönlich in Verbindung setzen.

_____

Mein/ Unser Kind darf von der Gruppenleitung bei kleinen Wunden mit Wundspray behandelt werden: ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(nur bei Minderjährigen auszufüllen)*

Mein/ Unser Kind darf von der Gruppenleitung bei kleinen Wunden und Insektenstichen mit Fenistil® Gel behandelt werden. ☐ **Ja** ☐ **Nein** *(nur bei Minderjährigen auszufüllen)*

Angaben zur Ernährung

☐ **Keine Besonderheiten zu beachten** ☐ **vegetarische Kost** ☐ **Lactosefreie Kost**

☐ **Mein/Unser Kind leidet /Ich leide unter folgenden Unverträglichkeiten oder verzichte/t aus verschiedenen Gründen auf:**

_____

☐ **Bemerkungen bzw. sonstige Mitteilungen:**

_____

☐ **Ich/Wir willige(n) hiermit ein, dass diese Informationen bei einem gesundheitlichen Zwischenfall oder einem Notfall einem hinzugezogenen Arzt, Rettungssanitäter oder einer anderen Person mit medizinischer Ausbildung weitergeleitet werden dürfen.**

☐ **Ich/Wir nehme/n hiermit zur Kenntnis, dass ich/wir diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos und ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Malteser Hilfsdienst e.V. widerrufen kann/können, dies mit der Folge, dass der Malteser Hilfsdienst e.V. in einem Notfall nicht auf diese Daten zurückgreifen kann. Daher ist nicht ausgeschlossen, dass mein/unser Kind/ Ich im Rahmen der Veranstaltung mit Übernachtung gesundheitlich beeinträchtigt sein kann oder in einem Notfall nicht die gebotene Hilfe erhalten kann.**

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

Den Widerruf richte(n) ich/wir an:
Malteser Hilfsdienst e.V., Bundesjugendreferat, Erna-Scheffler-Straße 2, 50113 Köln.

_____

Ort, Datum **Unterschrift volljährige Teilnehmer/in oder Personensorgeberechtigte/r**