Katholische Pfarrei
Sankt Birgid
Wiesbaden

Gesundheitliche Informationen für die Firmtage in Kirchähr

Liebe Erziehungsberechtigte,
wir freuen uns sehr auf unsere bevorstehende Firmandenfahrt nach Kirchähr.
Bitte füllen Sie den untenstehenden Bogen vollständig aus und schicken ihn bis zum **20.12.2026** an das Zentrale Pfarrbüro, Borkestr. 4, 65205 WI-Nordenstadt. Per E-Mail ist ausreichend.

Medizinischer Fragebogen

Name des Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____

1. Erreichbarkeit im Notfall

- **Name der Erziehungsberechtigten:** _____
- **Telefonnummer (Tag & Nacht):** _____
- **Alternative Notfallnummer (z.B. Großeltern):**_____

2. Krankenversicherung & Dokumente

- **Krankenkasse des Jugendlichen:** _____
- **Versichertennummer:** _____
  (Bitte geben Sie Ihrer Tochter/ihrem Sohn die Krankenkassenkarte sowie ggf. den Allergiepass mit)

3. Chronische Erkrankungen & Beeinträchtigungen

Liegen chronische Erkrankungen oder Einschränkungen vor? (Bitte ankreuzen)

☐ **Nein**

- **Ja, und zwar:**
  ☐ Asthma
  ☐ Diabetes (Typ I / II)
  ☐ Epilepsie
  ☐ Herzerkrankung
  ☐ Sonstiges (z. B. Schlafwandeln, Ängste, psych. Belastungen):

_____

4. Allergien & Unverträglichkeiten

☐ **Nein**
☐ **Ja, und zwar:**
☐ Lebensmittelallergien / -unverträglichkeiten: _____

☐ Medikamentenallergie (z. B. Penicillin): _____

☐ Sonstige Allergien: _____

5. Medikamenteneinnahme

Muss Ihre Tochter/ihr Sohn während der Fahrt regelmäßig Medikamente einnehmen?

☐ **Nein**
☐ **Ja, folgende:**
_____

_____

Hinweis: Bitte geben Sie die Medikamente in ausreichender Menge und in der Originalverpackung mit eingelegtem Beipackzettel und genauer Beschriftung mit. Die Einnahme erfolgt durch den Jugendlichen selbst.

6. Notfallmedikamente / Akut-Vorfälle

Besitzt Ihre Tochter/ihr Sohn ein Notfallset (z. B. Asthma-Spray, Epipen, Insulin)?

- ☐ **Nein**
- ☐ **Ja:** Das Notfallset wird von meiner Tochter/meinem Sohn selbstständig mitgeführt.
- **Was ist im Akutfall sofort zu tun?** (Kurze Handlungsanweisung):

7. Einverständniserklärungen

Ärztliche Behandlung im Notfall:

Ich ermächtige die Betreuer, im Falle eines Unfalls oder einer akuten Erkrankung im Namen der Erziehungsberechtigten eine ärztliche Behandlung oder Krankenhauseinweisung zu veranlassen und die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber den Betreuern zu entbinden. Falls eine Rücksprache mit den Eltern möglich ist, wird dies in jedem Fall geschehen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: _____