



ABFRAGEBOGEN SELKER NOOR 2026



- Zusammen mit der **vollständigen Kopie** des Impfausweises, in **Papierform** beim **Vortreffen** abgeben (spätestens bis zum 26.07.2026)
- Den Abfragebogen **vollständig** und **nicht doppelseitig** ausdrucken
- **Leserlich** ausfüllen
- Für weitere Ausführung ggf. ein zusätzliches Blatt beifügen

1. KONTAKTDATEN TEILNEHMER/IN:

Vorname: _____

Name: _____

Geb. Datum: _____

Vereinsmitglied STV Hünxe: ☐ JA ☐ Nein

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenversicherung: _____

☐ gesetzlich ☐ privat

☐ privat zusatzversichert

2. ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/ER:

1. Vorname, Name: _____

2. Vorname, Name: _____

3. NOTFALLKONTAKTE:

1. Vorname, Name: _____

Tel.: _____

2. Vorname, Name: _____

Tel.: _____

3. Vorname, Name: _____

Tel.: _____

4. BESONDERHEITEN ESSEN:

☐ Vegetarisch ☐ Vegan ☐ Laktoseintoleranz ☐ Kein Schweinefleisch

☐ Sonstiges: _____

- Allergien bitte zusätzlich noch bei 6. „Wesentliche Krankheiten/ Allergien“ angeben und die dazugehörigen Medikamente bei 8. „Medikamente“

5. DURCHGEMACHTE KRANKHEITEN:

☐ Masern ☐ Keuchhusten ☐ Windpocken ☐ Röteln

☐ Scharlach ☐ Mumps ☐ Covid-19 ☐ _____



Name Teilnehmer/in: _____



6. WESENTLICHE KRANKHEITEN UND ALLERGIEN:

- Das Krankheitsbild bitte so genau wie möglich erläutern. Bei Allergien bitte angeben wie diese sich auf den Körper auswirken und wie im Falle einer allergischen Reaktion zu handeln ist.

7. SONSTIGE HINWEISE (Bettnässer, Heimweh, Ängste, Reiseübelkeit usw.):

8. MEDIKAMENTE:

1. Name: _____	2. Name: _____
Wofür: _____	Wofür: _____
Art: _____ z.B. Tabletten; Spray; Saft; Creme	Art: _____ z.B. Tabletten; Spray; Saft; Creme
Dosierung: _____ ☐ Bedarfsmedikation ☐ Dauermedikation	Dosierung: _____ ☐ Bedarfsmedikation ☐ Dauermedikation
3. Name: _____	4. Name: _____
Wofür: _____	Wofür: _____
Art: _____ z.B. Tabletten; Spray; Saft; Creme	Art: _____ z.B. Tabletten; Spray; Saft; Creme
Dosierung: _____ ☐ Bedarfsmedikation ☐ Dauermedikation	Dosierung: _____ ☐ Bedarfsmedikation ☐ Dauermedikation

- Bitte **alle Medikamente** angeben, die mitgenommen werden und **unbedingt ankreuzen**, ob es sich um eine Dauer- oder Bedarfsmedikation handelt.
- Die Medikamente bitte in einem Zip-Beutel (einen pro Kind), beschriftet mit Namen, am Abreisetag am Bus abgeben. Alle Medikamente werden eingesammelt, zentral gelagert und von uns herausgegeben.

9. SCHWIMMABZEICHEN:

_____ Seit ungefähr wann: _____

- Kinder die nur Seepferdchen haben, dürfen folgende Aktivitäten...

... **ggf. nicht mitmachen**: Stand Up Paddling, Segeln, Optisegeln

... **ggf. nur sehr eingeschränkt mitmachen**: Rutschen, Schwimmen/ Baden, Kanu fahren, Rudern



Name Teilnehmer/in: _____



10. SONSTIGES:

- Mit der Entfernung von Zecken bin ich ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden
- Mit der Erstversorgung von Wunden und Insektenstichen und der damit verbundenen Verwendung von Sprays, Salben und Cremes (z.B. Desinfektion, Fenistil, Verbandsmaterial usw.) bin ich ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden
- Bei einem nicht bestehenden Tetanusschutz bin ich mit einer Impfung im Verletzungsfall ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden
- Mit der Teilnahme am gemeinsamen Baden/Schwimmen unter Aufsicht bin ich ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden
- Mit der Teilnahme an allen Aktivitäten bin ich ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden (eine nicht abschließende Aufzählung der Aktivitäten ist in den Reisebestimmungen zu finden)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich erneut, ...

- ... dass ich den Abfragebogen wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.
- ... dass ich die Reisebestimmungen gelesen und akzeptiert habe.
- ... dass ich alle, für die optimale Betreuung/ Versorgung meines Kindes, notwendigen Informationen schriftlich mitgeteilt habe.
- ... dass ich alle Änderungen bezüglich des Gesundheitszustandes, der Medikamente, des Schwimmbadzeichens und des Impfstatus sofort vorab telefonisch und danach schriftlich per Email (Ferienfreizeit.stvhuenxe@gmail.com) mitteilen werde.
- ... dass mir bewusst ist, dass ich mein Kind im Krankheitsfall ggf. sofort abholen muss.
- ... dass ich alle Medikamente abgegeben habe und diese von den Betreuern an mein Kind herausgegeben und ggf. verabreicht werden dürfen.
- ... dass ich Kosten für z.B. Medikamente, welche aufgrund von im Zeltlager auftretender Krankheiten anfallen, an den Veranstalter erstatte.
- ... dass mir bewusst ist, dass die Teilnahme meines Kindes, aufgrund des bereits angegebenen Gesundheitszustandes und evtl. auftretender Änderungen, vom Veranstalter, storniert werden kann.
- ... dass die angegebenen Daten meines Kindes und die meiner Person in bestimmten Fällen an Dritte weitergegeben dürfen (z.B. an Ärzte, Krankenhauspersonal, das Gesundheitsamt etc.).
- ... dass mir bewusst ist, dass im Falle eines Notfalls oder auch leichter Verletzungen/Erkrankungen auch ohne mein Einverständnis eine medizinische Versorgung (z.B. ein Rettungswagen) angefordert werden kann.
- ... dass im Falle eines Notfalls oder einer erfolglosen Kontaktaufnahme medizinische Entscheidungen durch Fachpersonal (z.B. Ärzte, Pfleger, Rettungssanitäter usw.) und in der Regel nicht von den Betreuern getroffen werden.

Hierbei handelt es sich nur um eine vereinfachte Aufzählung.

Genauere Regelungen siehe: „Reisebestimmungen für die Ferienfreizeit Selker Noor 2026“

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Sollte es euren Kindern kurz vor Fahrtantritt nicht gut gehen (z.B. Bauchschmerzen, Übelkeit usw.) oder sollte euer Kind in den letzten 14 Tagen vor Abreise Kontakt zu einer Person mit einer ansteckenden Krankheit gehabt haben, bitten wir euch, uns sofort telefonisch zu informieren, damit wir dementsprechend vorbereitet sind und ggf. passende Maßnahmen ergreifen können.

Vom Veranstalter auszufüllen:

Eingegangen am: _____

Geändert am: _____