

Gesundheitsfragebogen und Notfallmedikation

Schwimmschule Wasserstrolche

Wichtiger Hinweis: Dieses Formular gilt ausschließlich für das namentlich bezeichnete Kind und die konkret ärztlich angeordnete Notfallmedikation. Die Mitarbeitenden stellen keine Diagnose und wählen kein Medikament selbst aus. Bei einer akuten oder unklaren Notlage wird unverzüglich Erste Hilfe geleistet und der Notruf 112 veranlasst; die Anwendung eines Notfallmedikaments darf den Notruf nicht verzögern.

Rückgabe-Checkliste:

- ☐ Abschnitt A vollständig ausgefüllt und unterschrieben
- ☐ Bei Notfallmedikation oder ärztlich zu bestätigender Einschränkung: Abschnitt B vollständig durch die Arztpraxis ausgefüllt, unterschrieben und gestempelt
- ☐ Bei Notfallmedikation: Abschnitt C vollständig ausgefüllt und unterschrieben
- ☐ Notfallmedikament erst nach Annahme durch die Schwimmschule in Originalverpackung und innerhalb des Verfallsdatums übergeben

Ausfüllhinweise für Eltern und behandelnde Arztpraxis

Abschnitt A wird von den Sorgeberechtigten ausgefüllt und unterschrieben. Ist für das Kind während des Schwimmkurses ein Notfallmedikament erforderlich oder bestehen ärztlich zu bestätigende Einschränkungen, füllt die behandelnde Arztpraxis zusätzlich Abschnitt B vollständig aus; anschließend unterschreiben die Sorgeberechtigten Abschnitt C.

Die Abschnitte D, E und F werden nicht von den Eltern oder der Arztpraxis ausgefüllt. Sie werden nach Rückgabe der vollständigen Unterlagen von der Schwimmschule geprüft und intern ergänzt. Bitte das vollständige Formular vor Kursbeginn beziehungsweise vor der ersten möglichen Medikamentenanwendung zurückgeben.

A. Gesundheitsfragebogen - Angaben der Sorgeberechtigten

Name und Vorname des Kindes _____ _____	Geburtsdatum _____ _____
Gebuchter Kurs / Kursort _____ _____	Kursbeginn / Kurszeit _____ _____
Name der Sorgeberechtigten _____ _____	Telefon während der Kurszeit _____ _____

Bitte nur solche Angaben machen, die für eine sichere Teilnahme am Schwimmunterricht oder für das Verhalten im Notfall erforderlich sind.

Bestehen gesundheitliche Einschränkungen?	☐ Nein ☐ Ja, und zwar:
Allergien / Anaphylaxierisiko	☐ Nein ☐ Ja, Auslöser und typische Symptome:
Asthma / Atemwegserkrankung	☐ Nein ☐ Ja, typische Symptome / Belastungsgrenze:
Epilepsie / Krampfanfälle	☐ Nein ☐ Ja, Art, Dauer, typische Anzeichen:
Diabetes / Stoffwechselerkrankung	☐ Nein ☐ Ja, relevante Besonderheiten:

Herz-/Kreislauf- oder neurologische Erkrankung	☐ Nein ☐ Ja, relevante Besonderheiten:
Bewegung, Wahrnehmung, Kommunikation oder Verhalten	☐ Keine Besonderheiten ☐ Folgendes ist zu beachten:
Hilfsmittel	☐ Keine ☐ Brille/Hörgerät ☐ Orthese ☐ Sonstige:
Sonstige für Wasser und Belastung relevante Angaben	

Besondere ärztliche oder gesundheitliche Einschränkungen für den Schwimmunterricht

☐ Keine bekannten Einschränkungen für die Teilnahme am Schwimmunterricht.
☐ Folgende Belastungen oder Übungen müssen vermieden oder angepasst werden:
☐ Folgende Warnzeichen erfordern einen sofortigen Abbruch der Teilnahme:

Notfallkontakte

Kontaktperson	Telefonnummer	Verhältnis zum Kind

Erklärung der Sorgeberechtigten

- ☐ Die vorstehenden Angaben sind nach bestem Wissen vollständig und richtig.
- ☐ Änderungen des Gesundheitszustands, der ärztlichen Anordnung, der Dosierung, des Medikaments oder der Kontaktdaten teile ich der Schwimmschule unverzüglich schriftlich mit.
- ☐ Mir ist bekannt, dass eine sichere Teilnahme möglicherweise nicht möglich ist, wenn erforderliche Gesundheits- oder Notfallangaben fehlen.
- ☐ Für mein/unser Kind ist während des Schwimmkurses kein Notfallmedikament erforderlich.
- ☐ Für mein/unser Kind kann ein Notfallmedikament erforderlich sein; die Abschnitte B und C werden vollständig ausgefüllt.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte Person 1	Unterschrift Sorgeberechtigte Person 2 (falls erforderlich)

B. Ärztliche Anordnung für ein Notfallmedikament

Vom behandelnden Arzt / von der behandelnden Ärztin vollständig auszufüllen

Die Anordnung muss so konkret formuliert sein, dass medizinisch nicht ausgebildete, zuvor unterwiesene Mitarbeitende eindeutig erkennen können, wann und wie zu handeln ist. Unbestimmte Angaben wie „bei Bedarf“ ohne eine genaue Beschreibung der Auslösekriterien reichen nicht aus.

Name und Vorname des Kindes	Geburtsdatum
_____	_____
_____	_____

Diagnose / Grunderkrankung _____ _____	Gültig bis einschließlich _____ _____
Behandelnde Praxis / Arzt oder Ärztin _____ _____	Telefon für Rückfragen _____ _____

1. Genaue Beschreibung des Notfalls und der erkennbaren Symptome

Das Notfallmedikament ist anzuwenden, wenn folgende für Laien erkennbare Beschwerden oder Zeichen vorliegen:

2. Konkrete Medikamentenanordnung

Name des Medikaments / Wirkstoff	
Darreichungsform und Stärke	
Einzeldosis	
Art und genauer Ort der Anwendung	
Zeitpunkt / Auslösekriterium	
Wiederholungs-dosis: frühestens nach / unter welchen Voraussetzungen	
Maximale Gesamtdosis innerhalb von 24 Stunden	
Mögliche relevante Nebenwirkungen / Gegenmaßnahmen	
Lagerung und besondere Handhabung	

3. Ärztlich festgelegter Ablauf im Notfall

Punkt	Ärztliche Festlegung
1. Notruf 112	☐ sofort vor Anwendung des Notfallmedikaments ☐ sofort nach Anwendung des Notfallmedikaments ☐ nur unter folgenden Voraussetzungen: _____ _____
2. Anwendung des Notfallmedikaments	Das in Punkt 2 bezeichnete Medikament ist ausschließlich bei den unter Punkt 1 beschriebenen, eindeutig erkennbaren Notfallsymptomen in der ärztlich festgelegten Dosierung anzuwenden.

Punkt	Ärztliche Festlegung
3. Wiederholungsdosis	☐ Eine Wiederholungsdosis ist nicht zulässig. ☐ Eine Wiederholungsdosis darf nach _____ Minuten gegeben werden, wenn: _____ _____
4. Körperposition und Beobachtung	_____ _____ _____ _____
5. Weitere Maßnahmen	Bei ausbleibender Besserung oder Verschlechterung ist Folgendes zu veranlassen: _____ _____ _____
6. Sorgeberechtigte informieren	Die Sorgeberechtigten werden nach Einleitung der erforderlichen Sofortmaßnahmen und eines gegebenenfalls notwendigen Notrufs unverzüglich informiert. Abweichende ärztliche Hinweise: _____ _____

4. Ärztliche Bestätigung

☐ Die vorstehend angeordnete Anwendung kann nach einer krankheits- und medikamentenbezogenen Unterweisung von einer medizinisch nicht ausgebildeten Person durchgeführt bzw. unterstützt werden.
☐ Die Anwendung darf ausschließlich durch medizinisches Fachpersonal erfolgen. Eine Übernahme durch Mitarbeitende der Schwimmschule ist nicht zulässig.
Erforderliche praktische Unterweisung / Schulung und empfohlene Wiederholung:
Besondere Risiken, Ausschlussgründe oder Hinweise für den Schwimmunterricht:
☐ Bei jeder Anwendung ist 112 zu alarmieren. ☐ 112 nur unter folgenden Voraussetzungen:

Mit Unterschrift und Praxisstempel bestätige ich die vorstehende ärztliche Anordnung.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Arzt / Ärztin	Praxisstempel

C. Übertragung und Einwilligung der Sorgeberechtigten

Hiermit beauftrage(n) und ermächtige(n) ich/wir die von der Schwimmschule Wasserstrolche hierfür bestimmten und nachweislich unterwiesenen Mitarbeitenden, mein/unser Kind entsprechend der vorstehenden ärztlichen Anordnung bei der Anwendung des konkret benannten Notfallmedikaments zu unterstützen beziehungsweise dieses anzuwenden.

- ☐ Die Ermächtigung gilt ausschließlich während der vereinbarten Kurs- und Betreuungszeit der Schwimmschule Wasserstrolche.
- ☐ Die Ermächtigung gilt nur für das in diesem Formular bezeichnete Medikament, die angegebene Dosierung und die beschriebenen Notfallsymptome.
- ☐ Eine eigenständige Diagnose, Auswahl oder Änderung des Medikaments durch Mitarbeitende ist nicht gestattet.
- ☐ Ich/wir stelle(n) das Medikament rechtzeitig, vollständig, ungeöffnet beziehungsweise einsatzbereit, in Originalverpackung, eindeutig mit dem Namen des Kindes gekennzeichnet und innerhalb des Verfallsdatums zur Verfügung.
- ☐ Ich/wir ersetze(n) abgelaufene, beschädigte, verbrauchte oder geänderte Medikamente unverzüglich und informiere(n) die Schwimmschule schriftlich über jede Änderung.
- ☐ Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass nach der Anwendung des Notfallmedikaments und bei jeder ernsthaften oder unklaren Notlage der Rettungsdienst verständigt wird.
- ☐ Mir/uns ist bekannt, dass die Übernahme durch die Schwimmschule und einzelne Mitarbeitende freiwillig erfolgt und nur möglich ist, wenn eine sichere Organisation und ausreichende Unterweisung gewährleistet sind.

Begrenzte Schweigepflichtentbindung

Ich/wir entbinde(n) den behandelnden Arzt beziehungsweise die behandelnde Ärztin gegenüber der Schwimmschule Wasserstrolche und den für die Notfallmedikation benannten Mitarbeitenden insoweit von der Schweigepflicht, wie dies für Rückfragen zur sicheren Durchführung der ärztlich angeordneten Notfallmaßnahme erforderlich ist. Die Entbindung gilt nur für den in diesem Formular geregelten Zweck und Zeitraum.

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Ich/wir willige(n) ausdrücklich ein, dass die in diesem Formular enthaltenen Gesundheits- und Notfalldaten zum Zweck der sicheren Kursdurchführung, der Vorbereitung auf einen Notfall und der Durchführung erforderlicher Notfallmaßnahmen verarbeitet werden. Zugriff erhalten nur die organisatorisch zuständigen und eingewiesenen Mitarbeitenden. Eine Weitergabe erfolgt nur, soweit sie im Notfall an Rettungsdienst, Ärzte oder andere unmittelbar beteiligte Stellen erforderlich ist. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ist ohne diese Angaben keine sichere Teilnahme möglich, kann ein Widerruf dazu führen, dass das Kind nicht weiter am Kurs teilnehmen kann. Die Datenschutzhinweise der Schwimmschule gelten ergänzend.

Gültigkeit der Ermächtigung

Beginn der Gültigkeit _____ _____	Ende der Gültigkeit (spätestens ärztliches Gültigkeitsende) _____ _____
☐ Die Ermächtigung endet außerdem mit Abschluss oder Beendigung des gebuchten Kurses, mit Widerruf oder mit Änderung der ärztlichen Anordnung.	

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Sorgeberechtigte Person 1	_____ Unterschrift Sorgeberechtigte Person 2 (falls erforderlich)
---------------------	---	---

Keine Haftungsfreistellung

Dieses Formular enthält keine pauschale Freistellung von gesetzlicher Haftung. Für Schäden gelten die gesetzlichen Haftungsregeln und die wirksam einbezogenen Vertragsbedingungen. Unabhängig von der Vereinbarung bleiben die allgemeinen Pflichten zur Ersten Hilfe bestehen.

D. Interne Annahme durch die Schwimmschule und Unterweisungsnachweis

Nicht von Eltern oder Arztpraxis auszufüllen

Name der für die Organisation verantwortlichen Person	
Benannte, unterwiesene Mitarbeitende	
Unterweisung durchgeführt durch	
Datum / Art der Unterweisung	☐ theoretisch ☐ praktisch am Original-/Übungsgerät
Wiederholungsunterweisung vorgesehen am	

- ☐ Die ärztliche Anordnung wurde auf Vollständigkeit, Eindeutigkeit und Gültigkeit geprüft.
- ☐ Das Medikament ist während der Kurszeit für die benannten Mitarbeitenden unverzüglich erreichbar und zugleich vor unbefugtem Zugriff geschützt.
- ☐ Die Übernahme gilt nur, solange mindestens eine unterwiesene Person anwesend ist. Kann dies im Einzelfall nicht gewährleistet werden, ist eine Teilnahme nur nach vorheriger organisatorischer Klärung möglich.

Ort, Datum	Unterschrift verantwortliche Person Schwimmschule	Unterschrift unterwiesene Mitarbeitende
---	---	--

Medikamentenübergabe und Bestandskontrolle

Datum	Medikament / Stärke	Menge	Verfallsdatum	Übergeben / geprüft von

E. Interne Dokumentation jeder Anwendung oder Unterstützung

Nicht von Eltern oder Arztpraxis auszufüllen

Nach jeder Anwendung sind Zeitpunkt, beobachtete Symptome, Medikament, Dosis, Notruf und Information der Sorgeberechtigten unverzüglich zu dokumentieren. Bei ernsthaften Beschwerden oder Unsicherheit ist 112 zu verständigen.

Datum / Uhrzeit	Symptome / Anlass	Medikament	Dosis / Art	112 Uhrzeit	Eltern Uhrzeit	Verlauf / weitere Maßnahmen	Name / Unterschrift

Rückgabe / Entsorgung des Medikaments

Datum	Anlass / Bestand	Übergeben an / Unterschriften

F. Interner Notfallkurzplan für den Beckenrand

Wird nach Rückgabe von der Schwimmschule anhand der gültigen ärztlichen Anordnung ausgefüllt

Dieser Abschnitt bleibt bei der Ausgabe an die Eltern leer. Die Schwimmschule überträgt die eindeutigen Angaben aus Abschnitt B nach vollständiger Prüfung in diesen Kurzplan und lässt die Übertragung durch eine zweite Person gegenprüfen. Der Kurzplan darf nur zusammen mit der gültigen ärztlichen Anordnung verwendet werden. Im Zweifel: Kind sichern, 112 anrufen und Erste Hilfe leisten.

Name des Kindes	
Geburtsdatum	
Erkrankung / Risiko	
Notfall erkennen an	
Sofortmaßnahme	
Notruf 112	☐ sofort vor Medikament ☐ sofort nach Medikament ☐ nach folgender ärztlicher Anweisung:
Notfallmedikament	
Dosis / Anwendung	
Wiederholungs-dosis	☐ keine ☐ nach _____ Minuten, wenn:
Maximaldosis	
Notfallkontakte	
Stand / gültig bis	

Zwingende Grundregeln

- ☐ Kind aus dem Wasser bringen und gegen Ertrinken / Sturz sichern.
- ☐ Keine eigenständige Diagnose oder Abweichung von der ärztlichen Anordnung.
- ☐ **Notruf und Erste Hilfe haben Vorrang; Medikamentenanwendung darf den Notruf nicht verzögern.**
- ☐ Kind nach der Anwendung nicht allein lassen und bis zur Übergabe an Rettungsdienst oder Sorgeberechtigte beobachten.
- ☐ Jede Anwendung unmittelbar dokumentieren.

Kurzplan übertragen am

Übertragen / geprüft durch

Gegenprüfung durch zweite Person