

Informationen zum Gesundheitsbogen

Liebe Eltern, Liebe Sipplinge,

Hamburg, den 11.02.2017



Mit Sicherheit haben Sie/ habt ihr euch schon mal gefragt, weshalb man auf jeder Anmeldung seine Daten (vor allem bzgl. Krankheiten, Impfungen, Medikamenten etc.) neu angeben muss.

Bisher war das nötig, um auf den Fahrten zu wissen worauf wir als Gruppenleitung achten müssen und um ggf. das ärztlich gebotene zu veranlassen.

Damit wir diese Daten aber nicht immer wieder abfragen müssen und damit auch Sie sich ein bisschen Arbeit beim Ausfüllen der Anmeldungen sparen können, haben wir einen Gesundheitsbogen entwickelt, auf dem alle wichtigen Daten vermerkt sind und von uns verwaltet werden.

Wir werden Sie jährlich daran erinnern den Bogen zu aktualisieren.

Sollte sich in der Zwischenzeit etwas an den Daten ändern, können bzw. müssen Sie uns das selbstständig mitteilen.

Das geht natürlich einfach persönlich am Sippenabend oder mit einer kurzen Mail an gesundheit@stamm-paulus.de

Die Sicherheit Ihrer/eurer Daten liegt uns natürlich am Herzen und auch wir müssen uns an ein paar Vorschriften halten, damit wir personenbezogene Daten verwalten und speichern können.

Deshalb gibt es anschließend eine datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung.

Wir können die **Daten analog auf Papier** aufbewahren.

Dabei wird das Original im Büro verwahrt, die jeweilige Gruppenleitung, die die Daten benötigt, bekommt eine Kopie und gibt diese nach der Veranstaltung wieder zurück an das Büro.

Alternativ gibt es auch noch die Möglichkeit, dass wir die Daten **passwortgeschützt in einem extra Bereich auf unserer Homepage** verwalten.

Das würde uns eine Menge Arbeit und Papier ersparen, da man der entsprechenden Gruppenleitung einfach Zugang zu den jeweiligen Daten gewähren könnte.

Damit wir wissen, in welcher Form (analog/digital und elektronisch) wir Ihre/eure Daten verwalten sollen bzw. dürfen **kreuzen Sie/kreuzt ihr bitte in der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung entsprechendes an!**

Sollten Sie/solltet Ihr dazu fragen haben, zögern Sie/zögert nicht uns diese zu stellen!

Auch wenn Sie/ihr noch andere Fragen zum Gesundheitsbogen haben/habt, stellt sie uns gerne. Wir versuchen das ganze hier für Sie/euch so transparent wie möglich zu gestalten und hoffen im Endeffekt alle davon profitieren zu können.

Gut Pfad
Eure Leitungsrunde

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass meine Daten aus dem „Gesundheitsbogen“ (siehe Anlage 1) zu oben genannten Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt sowie an Gruppenleiter weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zu den Zwecken verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch verwaltet werden: Ja Nein

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten **auf freiwilliger Basis** erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** kann. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

VCP Stamm St. Paulus; Bei der Christuskirche 3; 20259 Hamburg; gesundheit@stamm-paulus.de

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten sowohl im VCP Stamm St. Paulus als auch bei der Gruppenleitung gelöscht.

Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Anlage 1: Gesundheitsbogen

Verwendete Schriftart: VCP Hausschrift „Roboto“
(<http://www.vcp.de/service/vcp-corporate-design/schrift/>)



GESUNDHEITSBOGEN

VCP Stamm St. Paulus
Bei der Christuskirche 3
20259 Hamburg
www.stamm-paulus.de



VERBAND CHRISTLICHER
PFADFINDERINNEN UND
PFADFINDER

VCP-Nummer:

Informationen über den Teilnehmenden

Vorname:		Straße & Hausnummer:	
Nachname:		PLZ:	
Fahrtename:		Ort:	
Geburtsdatum:		e-Mail Adresse:	
Sippe:		Telefonnummern:	

Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse:	
Versichertennummer:	
Name des Hauptversicherten:	

Information über den Hausarzt / die Hausärztin

Name des Hausarztes / der Hausärztin:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	

Aktuelle Impfungen

	Datum der letzten Impfung
Tetanus:	
Polio:	
Hepatitis B:	
Masern/Mumps/Röteln:	
Diphtherie:	
Sonstiges:	

Besonderheiten des Teilnehmenden	
Chronische Erkrankungen:	
Allergien:	
Lebensmittelunverträglichkeiten:	
Regelmässige Medikamente (Präparat und Dosierung):	
Notfallmedikamente und Anwendung:	

Bemerkungen

Bestätigung	
Datum:	
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten:	