

## Antrag auf Teilnahme am 8. Jugendcamp 2025 vom 2. bis 8. August 2025



Im Antrag wird für Personenbezeichnungen, für die es eine männliche und eine weibliche Form gibt, aus Gründen der Vereinfachung immer die männliche Form verwendet. Dies ist keine Festlegung auf eine männliche Person.

Der **Antrag muss** vollständig (alle Felder sind Pflichtfelder) in Druckbuchstaben ausgefüllt und von allen Erziehungsberechtigten und dem Campteilnehmer unterschrieben **spätestens am 28. März 2025 beim BMAB vorliegen. Den Antrag bitte per E-Mail an [info@bmab.de](mailto:info@bmab.de) senden.**

Das Arztattest darf nicht vor dem 6. Juni 2024 ausgestellt sein und muss bis spätestens 7. Juli 2025 **per Email** nachgereicht werden.

### Veranstalter

Bundesverband für Menschen mit  
Arm- oder Beinamputation e.V.  
Kleverkamp 24, 30600 Wedemark

Telefon 089/4161740-10  
Telefax 089/4161740-90  
[www.bmab.de](http://www.bmab.de)  
[info@bmab.de](mailto:info@bmab.de)

### Veranstaltungsort

Jugendbildungszentrum Blossin e.V.  
Blossin – Waldweg 10  
15754 Heidesee

Telefon 033767 75 - 0

### Campteilnehmer

Vorname und Name

Straße mit Hausnummer

PLZ und Ort

Größe      cm                      Gewicht      kg

Geburtstag  männlich  weiblich

Sprachkenntnisse

Amputationsdatum       links    rechts    zweifach    dreifach    vierfach

Amputationslevel       Hand    Unterarm    Oberarm    Schulter

Fuß    Unterschenkel    Knie    Oberschenkel    Hüfte

Amputationsursache    angeboren    Diabetes    gefäßbedingt    Infektion    Krebs    Trauma

Weitere Angaben zur Amputation oder zum Gliedmaßendefekt:

T-Shirt-Größe

Kinder-Größe

Erwachsenen(Mann)-Größe

5/6 (110/116)

S

7/8 (122/128)

M

9/11 (134/146)

L

12/14 (152/164)

XL

XXL

3XL

---

## 1. Erziehungsberechtigter

ist allein erziehungsberechtigt  
(bitte Sorgerechtsbescheinigung beifügen)

Vorname und Name

Sprachkenntnisse

Straße mit Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon (Mobil- und Festnetznummer)

Email-Adresse \_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit, dass ich damit einverstanden bin, dass meine hier genannte E-Mail-Adresse für Newsletter des BMAB und Informationen zur Jugendcamparbeit verwendet werden darf. Eine Abmeldung vom Bezug des Newsletters ist jederzeit möglich.

Ich bin einverstanden.

Ich bin nicht einverstanden

## 2. Erziehungsberechtigter (falls vorhanden)

Vorname und Name

Sprachkenntnisse

Straße mit Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon (Mobil- und Festnetznummer)

Email-Adresse \_\_\_\_\_

Ich bestätige hiermit, dass ich damit einverstanden bin, dass meine hier genannte E-Mail-Adresse für Newsletter des BMAB und Informationen zur Jugendcamparbeit verwendet werden darf. Eine Abmeldung vom Bezug des Newsletters ist jederzeit möglich.

Ich bin einverstanden.

Ich bin nicht einverstanden

## Weitere Angaben

Wie haben Sie von diesem Jugendcamp erfahren?

\_\_\_\_\_

## Körperliche und medizinische Angaben

Der Campteilnehmer bringt mit:  Krücken  Alltags-Prothese  Badeprothese/Wasserfeste Prothese  
 Orthese(n)  Rollstuhl  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Angaben bei Beinprothesenträgern:

Typ des Prothesenfußes: \_\_\_\_\_ elektronisch  ja  nein

Zusätzliche Angaben bei Oberschenkelamputation:

Typ des Kniegelenks: \_\_\_\_\_ elektronisch  ja  nein

Die typischen Camp-Aktivitäten sind sehr vielfältig. Hierzu können Tanzen, Laufen, Klettern, Bogenschießen, Schwimmen, Tauchen und andere Outdoor-Aktivitäten gehören. Bitte beschreiben Sie ausführlich, welche Vorsichtsmaßnahmen bei den Camp-Aktivitäten beachtet werden sollen oder welche Aktivitäten ausdrücklich nicht erlaubt werden. \_\_\_\_\_

Der Campteilnehmer kann schwimmen  ja  nein Er darf an Schwimmaktivitäten teilnehmen  ja  nein  
 Freischwimmer  Rettungsschwimmer

Der Campteilnehmer darf am Schnuppertauchen teilnehmen  ja  nein

Für die Teilnahme am Schnuppertauchen ist zusätzlich die beigelegte gesonderte Teilnahmeerklärung des Verbands Deutscher Sporttaucher notwendig.

Die Zimmer im Camp haben evtl. Stockbetten mit 2 Ebenen. Bitte geben Sie an, welches Bett genutzt werden kann:

unteres Bett  oberes Bett  gleichgültig

Bestehen Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten oder besondere Anforderungen an die Ernährung?

Nein  Ja, nämlich: \_\_\_\_\_

Müssen regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente eingenommen werden?

nein  ja

Falls ja, müssen diese auf dem Arztattest aufgeführt werden.

Dem Betreuerpersonal ist es gestattet, Zecken vom Körper des Campteilnehmers zu entfernen.  ja  nein

Falls nein, fallen Kosten für den Transport zum Arzt an

Benötigt der Campteilnehmer besondere Unterstützung beim Anziehen, Baden oder beim Toilettengang?

Nein  Ja, nämlich: \_\_\_\_\_

Kann sich das Kind selbstständig anziehen?  ja  nein

Letzte Tetanus-Impfungen: \_\_\_\_\_ Letzte FSME-Impfung (Zecken): \_\_\_\_\_

## Krankenversicherung

Die Teilnahme am Jugendcamp ist nur mit einer gültigen Krankenversicherung möglich. Ein entsprechender Nachweis (Krankenversicherungskarte) ist vom CampTeilnehmer zum Jugendcamp mitzubringen. Kosten für Arztbehandlungen oder ärztlich verordnete Medikamente werden dem CampTeilnehmer in Rechnung gestellt.

- Der CampTeilnehmer ist gesetzlich krankenversichert.
- Der CampTeilnehmer ist privat krankenversichert.

Name des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse/der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

## Unfallversicherung

- Für den CampTeilnehmer besteht Versicherungsschutz über eine private Unfallversicherung
  - BMAB-Rahmenvertrag
  - Anderer Tarif

Name der Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Nummer des Versicherungsscheins: \_\_\_\_\_

- Für den CampTeilnehmer besteht kein Versicherungsschutz über eine private Unfallversicherung

## Haftpflichtversicherung

- Für den CampTeilnehmer besteht Versicherungsschutz über eine private Haftpflichtversicherung

Name des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Name der Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Nummer des Versicherungsscheins: \_\_\_\_\_

- Für den CampTeilnehmer besteht kein Versicherungsschutz über eine private Haftpflichtversicherung

## Behindertenausweis

- Der CampTeilnehmer besitzt einen Behindertenausweis mit GdB \_\_\_\_\_ % und folgenden Merkzeichen:

G  aG  B  H  BI

**WICHTIG:** Bitte reichen Sie mit dem Antrag eine Kopie des Behindertenausweises ein. Das Original muss der CampTeilnehmer mitbringen.

- Der CampTeilnehmer ist in Pflegestufe \_\_\_\_\_ eingestuft.

## **Hausarzt**

Vorname und Name \_\_\_\_\_

Straße mit Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## **Zahnarzt**

Vorname und Name \_\_\_\_\_

Straße mit Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## **Orthopädietechniker**

Name des Sanitätshauses/Firma \_\_\_\_\_

Straße mit Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Name des betreuenden Orthopädietechnikers \_\_\_\_\_

## **Notfallkontakt**

Falls in einem Notfall der/die Erziehungsberechtigte/n nicht erreichbar sein sollte/n, soll benachrichtigt werden:

Vorname und Name \_\_\_\_\_

Sprachkenntnisse \_\_\_\_\_

Straße mit Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

Beziehung zum Campteilnehmer \_\_\_\_\_

## **Teilnehmer-Erklärung**

Die folgenden Fragen muss der CampTeilnehmer selbst mit seinen eigenen Worten beantworten.

Hast du schon an anderen Jugendcamps teilgenommen? Was hast du dabei erlebt?

\_\_\_\_\_

Warum möchtest du an diesem Jugendcamp teilnehmen?

\_\_\_\_\_

Was erwartest du für dich von der Teilnahme am Jugendcamp?

\_\_\_\_\_

Hast du einen Zimmerwunsch, möchtest du, wenn möglich mit bestimmten Teilnehmern auf ein Zimmer? \_\_\_\_\_

Spielst du ein Musikinstrument?  Nein  Ja, nämlich:

Hast Du besondere Fähigkeiten (Begabungen), z.B. gut zeichnen, malen?

Nein  Ja, nämlich: \_\_\_\_\_

## **Teilnahmebedingungen**

## **Präambel**

Im Antrag und in den Teilnahmebedingungen wird für Personenbezeichnungen, für die es eine männliche und eine weibliche Form gibt, aus Gründen der Vereinfachung immer die männliche Form verwendet. Dies ist keine Festlegung auf eine männliche Person.

## **Anmeldung**

Mit der Beantragung der Teilnahme am Jugendcamp 2025 werden diese Teilnahmebedingungen anerkannt. Änderungen einzelner Passagen der Teilnahmebedingungen sind nur in gegenseitigem Einvernehmen möglich und bedürfen der Textform. Die Annahme des Antrags erfolgt unter Ausschluss des Rechtswegs durch den Vorstand des BMAB. Ein Rechtsanspruch auf Teilnahme am Camp besteht nicht.

## **Haftungsausschluss**

Die Teilnahme am Camp und an allen Aktivitäten erfolgt auf eigene Gefahr. Die Erziehungsberechtigten erklären mit ihrer Unterschrift ausdrücklich ihr Einverständnis mit dieser Regelung und stellen den BMAB, seine Beauftragten und Erfüllungsgehilfen im rechtlich weitestgehenden Umfang von jeglicher Haftung frei. Das bedeutet, dass die Erziehungsberechtigten alle Risiken und eventuell anfallenden Kosten tragen, wenn dem BMAB keine grobe Pflichtverletzung nachgewiesen werden kann (Vorsatz, grobe Fahrlässigkeit, Verletzung der Aufsichtspflicht). Auch für mitgebrachte Gegenstände, Gepäck sowie Taschengeld ist jegliche Haftung ausgeschlossen. Deshalb ist die Markierung sämtlicher Kleidungs- und Ausrüstungsgegenstände mit dem Namen des Teilnehmers zu empfehlen. Der BMAB haftet des Weiteren nicht für Schäden durch Dritte.

## **Handyverbot**

Das Benutzen von Handys ist aus Sicherheitsgründen und zur Sicherung einer ordnungsgemäßen Durchführung während des gesamten Aufenthalts nicht erlaubt. Mitgebrachte Handys werden nach der Ankunft in Verwahrung genommen und vor der Abreise wieder ausgegeben. Die Erziehungsberechtigten erklären ihr ausdrückliches Einverständnis mit diesen Regelungen und ermächtigen den BMAB bei Zuwiderhandlung das betroffene Kind von der weiteren Campteilnahme auszuschließen und nach Hause zu schicken.

## **Weisungsrecht, Verhalten während des Campaufenthalts**

Während des Aufenthalts im Camp ist den Weisungen des Betreuerteams Folge zu leisten. Die Campteilnehmer pflegen untereinander und gegenüber Dritten einen respektvollen Umgang und verzichten darauf andere zu ärgern, zu provozieren, zu verletzen, zu beleidigen und zu mobben. Die Erziehungsberechtigten ermächtigen den BMAB bei Zuwiderhandlung das betroffene Kind von der weiteren Campteilnahme auszuschließen und nach Hause zu schicken.

## **Transporterlaubnis**

Ein Teil der Aktivitäten wird nicht auf dem Gelände des Stützpunkts sondern außerhalb desselben stattfinden. Die Erziehungsberechtigten erteilen dem BMAB ausdrücklich die Erlaubnis, das Kind – notfalls auch mit privaten PKW – zu transportieren, um die Durchführung der Projektziele oder eventuell notwendige Arztbesuche zu ermöglichen.

## **Beaufsichtigung**

Bei Geländespielen oder außerhalb des Unterkunftsgeländes ist eine lückenlose Beaufsichtigung nicht immer möglich. Die Erziehungsberechtigten erteilen daher ausdrücklich die Erlaubnis, dass sich ihr Kind nach Absprache mit dem Gruppenleiter für eine begrenzte Zeit und in Gruppen von mindestens drei Kindern vom Gruppenleiter entfernen darf.

## **Fotografierlaubnis**

Die Erziehungsberechtigten erteilen dem BMAB die Erlaubnis, das Kind bei der Projektteilnahme zu fotografieren und diese Bilder ohne Namensnennung zu veröffentlichen. Der Campteilnehmer verzichtet insofern auf sein Recht am eigenen Bild. Die Foto- bzw. Filmaufnahmen dürfen vom BMAB unentgeltlich für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit verwendet und veröffentlicht werden. Das Einverständnis gilt für BMAB-Publikationen und -Medien aller Art, einschließlich Internet-Auftritt, Social Media und Videoportale. Das Einverständnis umfasst auch die Weitergabe, sofern über Projekte des BMAB berichtet wird. Das Einverständnis ist unbefristet erteilt. Die im Auftrag des BMAB gefertigten Bilder werden allen Campteilnehmern zur Verfügung gestellt. Weitere Ansprüche, auch gegen Dritte (z.B. Verlag, Provider, Webmaster), sind ausgeschlossen. Der BMAB kann nicht vollständig sicherstellen, dass von unautorisierten Personen keine Fotografien erstellt und veröffentlicht werden.

... Fortsetzung der Teilnahmebedingungen auf der nächsten Seite

## **Ärztliches Attest**

Für die Teilnahme am Jugendcamp 2025 ist ein ärztliches Attest notwendig. Dieses muss bis spätestens 7. Juli 2025 beim BMAB vorliegen und darf nicht vor dem 6. Juni 2025 ausgestellt worden sein. Unabhängig davon ist das beigegefügte Allergienmerkblatt Bestandteil der Teilnahmebedingungen.

### Medikationen

Während des Jugendcamps werden den Teilnehmern die mitgebrachten und im Arztattest aufgeführten Medikamente verabreicht. Bei akuten Problemen können dem Teilnehmer mitgebrachte und im Arztattest aufgeführte Medikamente verabreicht werden. Die Verabreichung von nicht im Arztattest aufgeführten und nicht vom CampTeilnehmer mitgebrachten Medikamenten ist nicht möglich. Dies gilt insbesondere für Medikamente zur Behandlung akuter Zustände (z.B. Kopfschmerzen, Übelkeit). Hierzu muss der Teilnehmer einem Arzt vorgestellt werden. Sollten bestimmte Medikamente einer Kühlung bedürfen, so muss darauf gesondert hingewiesen werden.

### Abbruch aus medizinischen Gründen

Wenn ein CampTeilnehmer wegen eines akuten Zustandes einem Arzt vorgestellt werden muss, so obliegt es ausschließlich diesem Arzt darüber zu entscheiden, ob der CampTeilnehmer weiter am Camp teilnehmen kann oder ob er von den Erziehungsberechtigten abgeholt werden muss.

### Teilnahmekosten

Das Jugendcamp kann leider nicht mehr kostenfrei angeboten werden. Eine weitere Projektförderung ist seitens der gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr möglich. Der BMAB wird zukünftig „viele Klinken putzen müssen“, damit wir weiterhin das Jugendcamp anbieten können. Deshalb mussten wir eine Teilnahmegebühr von 150 € einführen. Da dieser Betrag bei weitem nicht kostendeckend ist, müssen wir ein Vielfaches an Sponsoren- und Spendengeldern einwerben. Der Betrag von 150 € Euro muss bis spätestens 1. April 2025 auf folgendes Konto überwiesen werden, erst dann ist die Anmeldung verbindlich. DKB Deutsche Kreditbank AG – IBAN: DE49 1203 0000 1008 3948 58 - BIC: BYLADEM1001 – Verwendungszweck: 69986 und Name des Kindes

### Stornokosten

Die Teilnahme am Camp ist für die Teilnehmer bis auf die 150 € Teilnahmegebühr grundsätzlich nicht mit weiteren Kosten verbunden. Sämtliche Kosten für Unterbringung, Verpflegung, Betreuung und die angebotenen Programmpunkte werden vielmehr durch Fördermittel, Sponsorenbeiträge und Spenden aufgebracht. Wenn eine Anmeldung zum Camp jedoch aus anderen als medizinischen Gründen storniert wird, sind von den anmeldenden Erziehungsberechtigten Stornokosten wie folgt zu bezahlen: Bei Stornierung vor dem 30.05.2025 80 EUR, bei Stornierung bis zum 30.06.2025 150 EUR und bei Stornierung nach dem 30.06.2025 oder bei Nichtantreten des Camps 240 EUR.

### Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Teilnahmebedingungen unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung gilt diejenige wirksame und durchführbare Bestimmung als vereinbart, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung am nächsten kommt. Entsprechendes gilt für den Fall, dass diese Bedingungen planwidrige Regelungslücken enthalten. Nebenabreden sind nicht getroffen.

Datum  _____	Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten
--------------------	--

Unterschrift des CampTeilnehmers



## **Haftungsausschluss Sporttag (nur für Träger von Beinprothesen)**

Vorname und Name des Campteilnehmers \_\_\_\_\_

Körpergewicht ohne Prothese: \_\_\_\_\_ kg      Fußlänge: \_\_\_\_\_ cm

Kniedrehpunkt-Boden-Maß: \_\_\_\_\_ cm      Schaftende-Boden-Maß: \_\_\_\_\_ cm

Fragen Sie ggf. Ihren zuständigen Orthopädietechniker nach diesen Maßen.

Im Rahmen des Sporttages mit dem Behindertensportverband Niedersachsen und Paralympics-Sportlern können die Campteilnehmer unter Anleitung testen, wie es ist, mit speziellen Sportprothesen zu laufen. Dazu müssen Passteile der mitgebrachten Beinprothese temporär gegen Sportprothesen-Funktionsteile ausgetauscht werden. Dies erfolgt durch ausgebildete Orthopädietechniker.

Zum Austauschen der Passteile muss eine eventuell vorhandene Kosmetik entfernt werden. Der betreuende Orthopädietechniker kann die Kosmetik entsprechend vorbereiten. Anderenfalls muss sie möglicherweise aufgeschnitten werden. Wenn möglich, bitte einen zweiten Prothesenschaft für das Testen der Sportprothesen-Funktionsteile mitbringen/mitgeben.

Die Nutzung der mit Sportprothesen-Funktionsteilen umgerüsteten Prothese (im weiteren "Probeversorgung") durch den Campteilnehmer erfolgt auf eigene Gefahr.

Daher bin ich damit einverstanden, dass Schaden- und Aufwendungsersatzansprüche – gleich aus welchem Rechtsgrund - gegen die Lieferanten der Sportprothesen-Funktionsteile sowie die ausführenden Orthopädietechnik-Betriebe, die im Zusammenhang mit der Teilnahme am Sporttag unter Nutzung dieser Probeversorgung stehen, ausgeschlossen sind. Dies gilt insbesondere für Ansprüche wegen der Verletzung von Pflichten aus dem Schuldverhältnis sowie aus unerlaubter Handlung. Dieser Haftungsausschluss gilt gleichermaßen für Schaden- und Aufwendungsersatzansprüche gegen gesetzliche Vertreter oder Erfüllungsgehilfen der Lieferanten der Sportprothesen-Funktionsteile sowie der ausführenden Orthopädietechnik-Betriebe.

Der Ausschluss gilt nur dann nicht, wenn ein Lieferant der Sportprothesen-Funktionsteile oder ein Orthopädietechnik-Betrieb zwingend haftet, z.B. nach dem Produkthaftungsgesetz, in Fällen des Vorsatzes, der groben Fahrlässigkeit oder wegen der Verletzung des Lebens, des Körpers sowie der Gesundheit.

Ich weiß, dass kein Versicherungsschutz für Schäden bei der Veranstaltung gewährt wird.

In Kenntnis der genannten Haftungsausschlüsse erlauben die Erziehungsberechtigten die Ausstattung des Campteilnehmers mit einer temporären Probeversorgung und seine Teilnahme am Sporttag unter Nutzung dieser Probeversorgung.

***Wird dieser Haftungsausschluss nicht unterschrieben, ist für das Kind keine Probeversorgung und damit kein Test einer speziellen Sportprothese möglich.***

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Campteilnehmers

\_\_\_\_\_

## **Kommunikationsdaten des Campteilnehmers**

Die folgenden Daten dürfen weitergegeben werden an

- Campteilnehmer in der gleichen Gruppe
- alle Campteilnehmer

Vorname und Name \_\_\_\_\_

Straße mit Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Mobiltelefonnummer (wenn eigenes Telefon vorhanden) \_\_\_\_\_

Emailadresse (wenn eigene Emailadresse vorhanden) \_\_\_\_\_

der Campteilnehmer hat einen WhatsApp-Account

der Campteilnehmer hat folgenden Facebook-Account:

der Campteilnehmer ist Mitglied in folgenden anderen Social Networks:

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Campteilnehmers

Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten

## **Ärztliches Attest für die Teilnahme am Jugendcamp 2025 (Darf nicht vor dem 6. Juni 2025 ausgestellt worden sein)**

Als Erziehungsberechtigte/r von \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_  
willige/n ich/wir ein, dass die folgenden Informationen an den BMAB e.V. weitergegeben werden  
dürfen.

Datum

Unterschrift/en

Sehr geehrte/r Herr/Frau Doktor,  
bitte ergänzen Sie die folgenden Angaben.

Derzeitige Behandlungen und Diagnosen:

Derzeitige Dauer-Medikationen (Medikament, Dosierung, Einnahmefrequenz), welche Medikamente dürfen bei  
Bedarf verabreicht werden (Der Campteilnehmer muss all diese Medikamente in ausreichender Menge zum Camp  
mitbringen):

Hinweis: Es werden nur Medikamente verabreicht, die hier ausgeführt sind.

Besondere Medikamenten-Hinweise (z.B. Lagerhinweise (Kühlung), BTM):

Letzte Tetanus-Impfung:

- Der Patient kann ohne Einschränkungen am Jugendcamp 2025 teilnehmen.
- Der Patient kann mit folgenden Einschränkungen am Jugendcamp 2025 teilnehmen:
- Der Patient kann sich selbstständig anziehen  Nein  Ja
- Der Patient ist körperlich oder psychisch nicht in der Lage, am Jugendcamp 2025 teilzunehmen.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

## ***Krankheiten, Allergien und Unverträglichkeiten des Kindes***

Zusatz zu den Teilnahmebedingungen des Jugendcamps

1.

Die Erziehungsberechtigten sind verpflichtet, den BMAB über etwaige gesundheitliche oder sonstige Beeinträchtigungen des Kindes bei der Anmeldung zu informieren.

2.

Die Camp-Küche kann vegetarische Mahlzeiten anbieten. Sie benötigt Hinweise, wenn Unverträglichkeiten auf Inhaltsstoffe vorliegen. Soweit leistbar, wird dies bei der Zubereitung der Speisen berücksichtigt werden. Die Einhaltung von Vorschriften außerhalb dieser Mahlzeiten (etwas das Essen von mitgebrachten Lebensmitteln Dritter) kann nicht garantiert werden.

3.

Das Jugendcamp kann darüber hinaus auf jede Art anderer Allergien und Unverträglichkeiten keine Rücksicht nehmen und die Einhaltung von Vorschriften oder die rechtzeitige Einnahme von Mahlzeiten oder Medikamenten nicht garantieren. Die Mitarbeiter sind hierzu medizinisch weder geschult noch befugt. Dies gilt insbesondere auch für die Überwachung des Verhaltens des Kindes außerhalb der Mahlzeiten (etwa das Essen von mitgebrachten Lebensmitteln Dritter).

4.

Liegen andere, wie die oben 2. geschilderten Einschränkungen vor, so entscheidet der BMAB im Einzelfall über die Aufnahme zum Jugendcamp. Wird ein Kind mit einer solchen gesundheitlichen Einschränkung aufgenommen, so ist der BMAB für die rechtzeitige und ausschließliche Einnahme von Medikamenten, mitgebrachten Speisen und Getränken nicht verantwortlich. Er kann dies ausdrücklich nicht sicherstellen.

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Lebensmittelallergien, sonstige Allergien und gesundheitlichen Einschränkungen müssen im Antrag angegeben werden.**

### **Teilnahmeerklärung zum Schnuppertauchen**

im Schwimmbad oder im Freiwasser bei schwimmbadähnlichen Verhältnissen

Der Teilnehmer am „Schnuppertauchen“ unternimmt einen leichten Tauchgang mit DTG-Ausrüstung, bei dem er in jeder Hinsicht vom Ausbilder betreut wird.

Mein/Unser Kind möchte an einem sog. „Schnuppertauchgang“ teilnehmen. Seine persönlichen Daten lauten wie folgt:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Vollständige Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

Mir/Uns ist bekannt, dass das Tauchen mit Druckluft mit Risiken verbunden ist. Bestimmte Krankheitsbilder schließen das Tauchen definitiv aus. Hat der Teilnehmer jemals folgende Erkrankungen oder Probleme?

\_\_\_\_\_ Richtige Aussagen bitte ankreuzen! \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akute Erkältung (Nasen- oder Rachenprobleme)  | <input type="checkbox"/> Asthma, Tuberkulose, Bronchitis oder Lungenentzündung           |
| <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Chronischer bzw. dauerhafter Husten                             |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen  | <input type="checkbox"/> Gelenk- oder Rückenverletzungen                                 |
| <input type="checkbox"/> Akute Gehörgangs-/Ohrenentzündung   | <input type="checkbox"/> Platzangst  |
| <input type="checkbox"/> Taubheit oder Ohrengeräusche  | <input type="checkbox"/> Raucht 20 oder mehr Zigaretten/Tag                              |
| <input type="checkbox"/> Operationen am Ohr/Trommelfell  | <input type="checkbox"/> Leidet unter Krampfanfällen                                     |
| <input type="checkbox"/> Trommelfellerkrankung   | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen   |
| <input type="checkbox"/> Problem, den Druck in den Ohren auszugleichen (z.B. bei Fahrten in die Berge oder beim Fliegen) | <input type="checkbox"/> Leidet an einer Nervenerkrankung                                |
| <input type="checkbox"/> Schwindel-, Ohnmachts- oder andere Anfälle (Epilepsie u.a.)                                     | <input type="checkbox"/> Ist derzeit in ärztlicher Behandlung                            |
| <input type="checkbox"/> Nimmt regelmäßig bzw. derzeit Medikamente ein   | <input type="checkbox"/> Leidet an einer chronischen Krankheit                           |
| <input type="checkbox"/> Trägt Prothesen, Zahnersatz etc.  | <input type="checkbox"/> Alkohol- oder Drogeneinnahme                                    |
| <input type="checkbox"/> Augen- Sehprobleme  | <input type="checkbox"/> Schädelbasisverletzungen  |
| <input type="checkbox"/> Operationen am Auge   | <input type="checkbox"/> Leidet an Erkrankungen des Bewegungsapparates                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, Allergien, Hauterkrankungen   | <input type="checkbox"/> Neigt zu Panikreaktionen, leidet unter psychischen Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen  | <input type="checkbox"/> Kann nicht schwimmen  |
| <input type="checkbox"/> Musste sich in den letzten vier Monaten einer Operation unterziehen                             |  |

\_\_\_\_\_ Diese Aufzählung ist nicht abschließend! \_\_\_\_\_

Ich/Wir bestätige/n, dass die oben gemachten Angaben nach meinem/unserem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich/Wir stimme/n zu, dass ich/wir alle Verantwortung für Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit der Teilnahme am Tauchsport (inklusive solcher Risiken, die durch die bestehenden Erkrankungen oder Änderungen des Gesundheitszustandes und / oder durch ein Verschweigen von vorhandenen oder vergangenen Erkrankungen entstehen) selbst übernehme/n.

---

### Allgemeine Informationen !

---

Vor dem „Schnuppertauchgang“ muss eine ordnungsgemäße Einweisung in sämtliches, für den Schnuppertauchgang erforderliche, Material sowie eine lückenlose Vorbereitung (z.B. frühzeitige und richtige Durchführung des Druckausgleiches, insbesondere das Ausatmen bei Auftauchbewegung) vorgenommen werden. Es dürfen die maximale Tauchtiefe von 5 Metern und die Tauchzeit von ca. 15 Min. nicht überschritten werden. Ein Tauchausbilder betreut nur einen Teilnehmer. Der Ausbilder muss die erforderliche Ausbilderqualifikation aufweisen, d.h. VDST Jugendleiter, VDST Übungsleiter C (jeweils mit DTSA \*\*\*) oder VDST Tauchlehrer sein. Auch Tauchlehrer unserer Partnerverbände sind zugelassen (VDST-DTSA-Ordnung).

Ich habe mich über die oben genannten Inhalte vollständig informiert, indem ich diese gelesen und verstanden habe, bevor ich meine Unterschrift leiste.

---

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

---

### Für Minderjährige !

---

Hat der Teilnehmer des „Schnuppertauchgangs“ das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, so sind die Unterschriften der gesetzlichen Vertreter, in der Regel beider Elternteile, erforderlich. Die gesetzlichen Vertreter haben sich über die oben genannten Inhalte vollständig informiert, indem sie diese gelesen und verstanden haben. Ihnen ist bekannt, dass eine Teilnahme an einem „Schnuppertauchgang“ erst mit Vollendung des 8. Lebensjahres möglich ist.

Ort, Datum Unterschriften gesetzliche Vertreter

---

Ort, Datum

Unterschriften gesetzliche Vertreter