

## Anmeldung Pfingstzeltlager (17. bis 20. Mai 2024)

### 2. Teil: Einwilligung in die Verarbeitung „personenbezogener Daten der besonderen Kategorie“ gem. § 11 Abs. 2 lit. a) KDR-OG:

Bitte füllt alle Felder vollständig und in Druckbuchstaben aus. Ihr tut damit euren Gruppenleitungen, die die Anmeldungen abtippen müssen, einen großen Gefallen.

Falls ihr Fragen zu einzelnen Feldern habt, fragt eure Gruppenleitung. Sie können euch bestimmt beim Ausfüllen der Anmeldung helfen.

#### Name und Datum der Veranstaltung:

*Pfingstlager Malteser Jugend Diözese Münster 17. - 20.05.2024*

#### Vor- und Zuname der\*des Teilnehmenden:

#### Vor- und Zuname des\*der Sorgeberechtigte bei Minderjährigen:

#### 1. Freiwillige Einwilligungserklärung:

Ich/Wir nehme/n hiermit zur Kenntnis, dass diese Einwilligung und Angaben freiwillig sind und nicht gegeben werden müssen. Wenn diese Einwilligung nicht gegeben wird, hat das zur Folge, dass die Angaben dem Malteser Hilfsdienst e.V. nicht vorliegen bzw. sie nicht weitergegeben werden können. Das kann für den Teilnehmenden zur Folge haben, dass es im Rahmen der Teilnahme an der Veranstaltung zu Beeinträchtigungen auch gesundheitlicher Art kommen kann.

Ich/Wir willige/n hiermit darin ein, dass folgende gesundheitsrelevanten Daten über mich bzw. unser Kind von dem Malteser Hilfsdienste e.V. im Rahmen der Teilnahme an der oben genannten Veranstaltung des Malteser Hilfsdienstes e.V. verarbeitet werden, nämlich (*bitte kreuzen Sie die relevanten Punkte an und tragen die relevanten Angaben ein*):

Ich / Unser Kind leidet unter folgenden Lebensmittallergien/-unverträglichkeiten:

Ich / Unser Kind hat folgende (chronische) Erkrankung und/ oder gesundheitliche Einschränkungen:

Ich / Unser Kind leidet an folgenden Allergien:

---

---

Ich/Unser Kind leidet unter folgenden Medikamentenunverträglichkeiten:

---

---

Ich/Unser Kind benötigt/benötige besondere Medikamente:

**In diesem Fall ist ein separater Medikamentenbogen auszufüllen. Dieser enthält genaue Angaben zur Einnahme und Dosierung und ist von einem Arzt\* einer Ärztin zu bescheinigen.**

Ich/Unser Kind benötigt/benötige besondere Unterstützung/ Support:

---

---

Sonstige Mitteilungen:

---

---

## 2. Weitergabe an andere Empfänger:

Ich / Wir willige/n hiermit darin ein, dass diese Informationen in einem Notfall oder einem medizinischen Zwischenfall einem hinzugezogenen Arzt, Rettungssanitäter oder einer anderen Person mit medizinischer Ausbildung weitergeleitet werden dürfen.

Ich / wir willige/n hiermit darin ein, dass bestehende Lebensmittelallergien/-unverträglichkeiten oder gesundheitlichen Einschränkungen an das Sanitätsteam & Küchenteam weitergegeben werden dürfen zum Zweck der adäquaten Versorgung und / oder Unterbringung während des Aufenthaltes.

## 3. Hinweis auf das Widerrufsrecht:

Ich /wir nehme/n hiermit außerdem zur Kenntnis, dass diese Einwilligung ganz oder zu Teilen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos und ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Malteser Hilfsdienst e.V. widerrufen werden kann, dies mit der Folge, dass der Malteser Hilfsdienst e.V. nicht auf diese Daten zurückgreifen kann. Daher ist nicht ausgeschlossen, dass es im Rahmen der Teilnahme an der Veranstaltung zu Beeinträchtigungen auch gesundheitlicher Art kommen kann. Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang der Widerrufserklärung die betroffenen Daten sowohl beim Malteser Hilfsdienst als auch bei Dritten gelöscht, sofern keine gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung besteht.

<b>Der Widerruf ist zu richten an:</b>	
Malteser Hilfsdienst e. V., Malteser Jugend, Daimlerweg 33, 48163 Münster Telefon: 0251 97121 27, E-Mail: antonia.milius@malteser.org, Ansprechperson: Annalena Jürgenschellert	
Ort und Datum: _____	Unterschrift Teilnehmer*in: _____
Ort und Datum: _____	Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte*r: _____