

# Einverständniserklärung

Hiermit melde ich \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Geburts-Datum

\_\_\_\_\_  
Telefon

mich für die Teilnahme an dem Einsatz des AK Notfalldarstellung im DRK Kreisverband Lahr, bei der  
**Übung** \_\_\_\_\_

MIR IST BEKANNT, DASS AUF DIESER VERANSTALTUNG BILDER-, VIDEO-, FILM- UND TONAUFNAHMEN ZU DOKUMENTATIONSZWECKEN GEMACHT WERDEN. ICH BIN DAMIT EINVERSTANDEN, DASS DIESE AUFNAHMEN ZUR VERÖFFENTLICHUNG GENUTZT WERDEN DÜRFEN!!!

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Angaben für eventuelle ärztliche Hilfe:

Letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

Blutgruppe/Rhesusfaktor: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung (Karte mitnehmen): \_\_\_\_\_ Allergien: \_\_\_\_\_

Noch zu beachten: \_\_\_\_\_ (falls nötig Rückseite verwenden)

Im Notfall zu verständigen: \_\_\_\_\_ (bitte auch Rückseite verwenden)  
Name, Vorname, Telefon, evtl. Anschrift

---

## Einverständniserklärung (nur für U18!!)

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass meine Tochter/mein Sohn während des ND-Einsatzes durch das Deutsche Rote Kreuz Haftpflicht- und Unfallversichert ist. Während der Dauer der Veranstaltung wird die Aufsicht über unser Kind von den Veranstaltungsleitern besorgt. Der Veranstalter haftet aber nicht für Schäden, die es verursacht, indem Anweisungen der Aufsichtspersonen nicht befolgt werden. Im Übrigen haftet der Veranstalter für Schäden nur insoweit, als sie durch die Versicherungssummen gedeckt sind.

Meine Tochter/mein Sohn wurde von mir angewiesen, den Anweisungen der ND-Leitung Folge zu leisten. Erleidet meine Tochter/mein Sohn außerhalb der durch die ND-Leitung angeordneten und geleiteten Unternehmen einen Schaden oder wird Dritten ein Schaden zugefügt, wird die Schadenshaftung weder vom ND-Leiter noch vom Verband übernommen, es sei denn, dem ND-Leiter bzw. dem Verband ist Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen. Grob Verstöße gegen die Anordnungen der ND-Leitung können den Ausschluss von der Veranstaltung sowie die Heimreise auf eigene Kosten zur Folge haben!

Sollte durch Unfall oder Krankheit eine ärztliche Behandlung oder Krankenhauseinweisung erforderliche sein, ist der Veranstalter bevollmächtigt, allen ärztlicherseits erforderlichen Sofortmaßnahmen auch ohne vorherige Befragung der Erziehungsberechtigten zuzustimmen.

**Wir sind mit der Teilnahme unserer Tochter/unsere Sohnes einverstanden!**

## **Erziehungsberechtigte:**

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

\_\_\_\_\_  
Telefon (im Notfall zu erreichen)

\_\_\_\_\_  
Anschrift (falls abweichend von oben)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten