



0 III. Ausfüllhilfe Aufnahmeform

Name der betreuenden Einrichtung:

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Hauptwohnsitz des Kindes:

Name, Vorname Personensorgeberechtigte(r) 1:

Name, Vorname Personensorgeberechtigte(r) 2:



III.1 Datenerhebung zur Medikamentengabe/ Notfallmedikation

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Benanntes Kind muss aufgrund folgender ärztlicher Diagnose _____

während des Kita-Besuches folgende Medikamente einnehmen:

Regelmedikation	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> dauerhaft (in dem Fall Erneuerung alle 12 Monate)
Name des Medikaments:		
Verabreichungsart: (z. B. Tablette, Tropfen, Salbe usw.)		
Dosierung in der Kindertageseinrichtung	<input type="checkbox"/> morgens _____ Uhr <input type="checkbox"/> mittags _____ Uhr <input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr	<input type="checkbox"/> morgens _____ Uhr <input type="checkbox"/> mittags _____ Uhr <input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr
Einnahmedauer:		
Hinweise zur Einnahme (z. B. vor/nach Mahlzeit, Wechselwirkung usw.)		
Lagerungshinweise für Medikament:		

Notfallmedikation (Erneuerung alle 6 Monate)	
Name des Medikaments:	
Notfallsymptome:	
Vorgehen im Notfall:	
Hinweise zur Medikamentengabe:	
Lagerungshinweise für Medikament:	

Aus ärztlicher Sicht ist die Medikamentengabe während des von den Personensorgeberechtigten mitgeteilten Besuches der Kindertageseinrichtung unbedingt notwendig und kann nicht auf Zeiten vor oder nach dem Kita-Besuch verschoben werden.

Name, Vorname der Ärztin/des Arztes: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
Ärztin/Arzt

Ermächtigung der pädagogischen Fachkräfte zur Medikamentengabe und Schweigepflichtentbindung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir die pädagogischen Fachkräfte der Kindertageseinrichtung

Name der betreuenden Einrichtung

meinem/unsere(m) Kind _____
Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

das/die ärztlich verordnete(n) Medikament(e) in beschriebener Art und Weise zu verabreichen.

Es ist mir/uns bewusst, dass pädagogische Fachkräfte über keine medizinische Ausbildung verfügen und während des Kita-Betriebs Fehler bei der Medikamentengabe unbeabsichtigt unterlaufen können. Hiermit entbinde ich/entbinden wir oben genannte Ärztin/genannten Arzt von der Schweigepflicht bezüglich Rückfragen zur Medikamentengabe.

Wichtige Hinweise aus Sicht der/des PSB:

Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 1

Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 2

Datum der Entgegennahme

Unterschrift der Einrichtungsleitung



III.2 Erlaubnisse Baden/Duschen/ Saunabesuch/Zeckenentfernung

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Baden/Schwimmen

Mein/unsere Kind darf baden/schwimmen:

ja nein

Mein/unsere Kind ist:

Schwimmer/-in Nichtschwimmer/-in

Duschen (in Form von Wasserspielen)

Mein/unsere Kind darf duschen:

ja nein

Saunabesuch

Mein/unsere Kind darf an durch eine geschulte pädagogische Fachkraft begleiteten Saunabesuchen teilnehmen.

ja nein

Auf folgende Besonderheiten möchten wir aufmerksam machen:

Zeckenentfernung

Bei meinem/unsere Kind dürfen Zecken entfernt werden.

ja nein

Datum: _____

Unterschrift

Personensorgeberechtigte(r) 1

Unterschrift

Personensorgeberechtigte(r) 2



III.3 Datenerhebung zu Besonderheiten der Mittagsverpflegung des Kindes

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

- Aufgrund einer Schon-, Allergie- oder Diätkost, die seitens des Caterers nicht erbracht werden kann,
- aufgrund spezieller Anforderungen an die Mittagsverpflegung aus religiösen Gründen, die seitens des Caterers nicht eingehalten werden können,

entspricht es meinem/unserem ausdrücklichen Wunsch meinem/ unserem Kind zur Mittagsverpflegung Speisen und Lebensmittel mitzugeben.

Ich werde/ Wir werden hierbei die im Merkblatt zur Mitwirkung der Personensorgeberechtigten bei der Einhaltung der Lebensmittelhygieneverordnung in Kindertageseinrichtungen dargestellten Vorsichtsmaßnahmen beachten und übernehmen dafür die volle Verantwortung.

Anlagen

ggf. Ärztliche Bescheinigung über die Nahrungsmittelunverträglichkeit
Bestätigung des Caterers über die Nichtversorgung

Datum: _____

Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 1

Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 2



III.4 Ergänzung bei Änderung Angabe Personensorgeberechtigte

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Folgende Änderungen geben wir mit sofortiger Wirkung bekannt:

Hauptwohnsitz des Kindes: _____

	Personensorgeberechtigte(r) 1	Personensorgeberechtigte(r) 2
Kontakt- daten zur Erreichbarkeit (Telefon/Festnetz/ Mobil/E-Mail Adresse)		

Datum: _____

Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 1

Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 2