

## 0\_III. Ausfüllhilfe Aufnahmeform

Name der betreuenden Einrichtung:

Name des Kindes:

Vorname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Straße:

Haunummer:

Wohnort:

PLZ:

Name Personensorgeberechtigte(r)1:

Vorname Personensorgeberechtigte(r)1:

Straße:

Haunummer:

Wohnort:

PLZ:

Telefon/Festnetz/Mobil

Name Personensorgeberechtigte(r)2:

Vorname Personensorgeberechtigte(r)2:

Straße:

Haunummer:

Wohnort:

PLZ:

Telefon/Festnetz/Mobil



## III.1 Datenerhebung zur Medikamentengabe/ Notfallmedikation

Name des Kindes \_\_\_\_\_  
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 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 Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 2

\_\_\_\_\_  
Datum der Entgegennahme

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Einrichtungsleitung



## III.2 Erlaubnisse Baden/Duschen/Saunabesuch

Name des Kindes \_\_\_\_\_  
Vorname des Kindes \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes \_\_\_\_\_

Erlaubniserteilung *	Gegenstand der Erlaubnis
<input type="checkbox"/>	Baden und Schwimmen (Wassergewöhnung)
<input type="checkbox"/>	Duschen in Form von Wasserspielen
<input type="checkbox"/>	Saunabesuch
<input type="checkbox"/>	Nutzung von Sonnencreme der Einrichtung
<input type="checkbox"/>	

\* bitte zutreffendes ankreuzen

Wir bestätigen mit unserer Unterschrift, dass es keinerlei gesundheitliche Bedenken zur Teilnahme an den oben benannten Punkten gibt.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 2



## III.4 Ergänzung bei Änderung Angabe Personensorgeberechtigte

Name des Kindes \_\_\_\_\_  
Vorname des Kindes \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes \_\_\_\_\_

Folgende Änderungen geben wir mit sofortiger Wirkung bekannt:

	Personensorgeberechtigte(r) 1	Personensorgeberechtigte(r) 2
Straße		
Hausnummer		
Postleitzahl		
Ort		
Telefon		
Telefon dienstlich		
E Mailadresse		

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 2