



## **0\_II. Ausfüllhilfe Aufnahmemappe**

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:

<b>Regelmedikation</b>	<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:		

<b>Notfallmedikation</b> (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/unserem 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:

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

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



## III.2 Erlaubnisse Baden/Duschen/Saunabesuch

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

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



## 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
<b>Kontakt- daten zur Erreichbarkeit (Telefon/Festnetz/ Mobil/E-Mail Adresse)</b>		

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

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

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