



## 0\_II. Ausfüllhilfe Aufnahmeform

Name der betreuenden Einrichtung:

Name des Kindes:

Vorname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Straße:

Hausnummer:

Wohnort:

PLZ:

Name Personensorgeberechtigte(r) 1:

Vorname Personensorgeberechtigte(r) 1:

Straße:

Hausnummer:

Wohnort:

PLZ:

Telefon/Festnetz/Mobil:

Name Personensorgeberechtigte(r) 2:

Vorname Personensorgeberechtigte(r) 2:

Straße:

Hausnummer:

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:

|                                                                            |                                                                 |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>Regelmedikation</b>                                                     | <input type="checkbox"/> akut                                   | <input type="checkbox"/> dauerhaft (in dem Fall Erneuerung alle 6 Monate) |
| Name des Medikaments:                                                      |                                                                 |                                                                           |
| Verabreichungsart:<br>(z. B. Tablette, Tropfen,<br>Salbe usw.)             |                                                                 |                                                                           |
| Dosierung in der<br>Kindertageseinrichtung                                 | morgens _____ Uhr<br>mittags _____ Uhr<br>nachmittags _____ Uhr | morgens _____ Uhr<br>mittags _____ Uhr<br>nachmittags _____ Uhr           |
| Einnahmedauer:                                                             |                                                                 |                                                                           |
| Hinweise zur Einnahme<br>(z. B. vor/nach Mahlzeit,<br>Wechselwirkung usw.) |                                                                 |                                                                           |
| Lagerungshinweise für<br>Medikament:                                       |                                                                 |                                                                           |

|                                                     |  |
|-----------------------------------------------------|--|
| <b>Notfallmedikation (Erneuerung alle 6 Monate)</b> |  |
| Name des Medikaments:                               |  |
| Notfallsymptome:                                    |  |
| Vorgehen im Notfall:                                |  |
| Hinweise zur<br>Medikamentengabe:                   |  |
| Lagerungshinweise für<br>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 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 Ergänzung bei Änderung zu den Angaben der Personensorgeberechtigte

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

Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes \_\_\_\_\_

Folgende Änderungen geben wir mit sofortiger Wirkung bekannt:

|                           | Personensorgeberechtigte(r) 1 | Personensorgeberechtigte(r) 2 |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>Straße</b>             |                               |                               |
| <b>Hausnummer</b>         |                               |                               |
| <b>Postleitzahl</b>       |                               |                               |
| <b>Ort</b>                |                               |                               |
| <b>Telefon</b>            |                               |                               |
| <b>Telefon dienstlich</b> |                               |                               |
| <b>E Mailadresse</b>      |                               |                               |

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

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

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





## III.3 Abholvollmacht

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse der Kindertageseinrichtung/des Hortes:

**Straße:**

**PLZ, Ort:**

☐ Tagesvollmacht (Datum: \_\_\_\_\_)

☐ Dauervollmacht

Hiermit erkläre ich/erklären wir, dass die unten aufgeführten Personen berechtigt sind, mein/unser Kind abzuholen.

| Name, Vorname<br>Abholberechtigte(r) | Geburtsdatum | Telefonnummer |
|--------------------------------------|--------------|---------------|
|                                      |              |               |
|                                      |              |               |
|                                      |              |               |
|                                      |              |               |
|                                      |              |               |

Alle abholberechtigten Personen müssen sich vor Ort ausweisen können. Zum Wohl des Kindes sind die pädagogischen Fachkräfte verpflichtet, sich davon zu überzeugen, dass zum Zeitpunkt der Abholung die abholberechtigte Person geeignet ist, die Aufsichtspflicht wahrzunehmen (z. B. bei Minderjährigen oder unter Suchtmittel stehende Personen). In diesem Zusammenhang kann die Mitgabe des Kindes verweigert werden.

Bei getrenntlebenden Eltern mit geteiltem Sorgerecht entscheidet jeweils der/die Personensorgeberechtigte, bei dem das Kind seinen Lebensmittelpunkt hat. Gegebenenfalls sind zwei gesonderte Formulare für die Abholvollmachten auszustellen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift  
Personensorgeberechtigte(r)