



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:

Regelmedikation	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> dauerhaft (in dem Fall Erneuerung alle 6 Monate)
Name des Medikaments:		
Verabreichungsart: (z. B. Tablette, Tropfen, Salbe usw.)		
Dosierung in der Kindertageseinrichtung	morgens _____ Uhr mittags _____ Uhr nachmittags _____ Uhr	morgens _____ Uhr mittags _____ Uhr 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/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 Ärztliche Bescheinigung vor Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung

entsprechend § 7 Abs. 1 des Sächsischen Gesetzes über Kindertageseinrichtungen (SächsKitaG) und § 20 Abs. 9 sowie § 34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Das Kind

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

ist am _____
Datum

ärztlich gemäß § 7 Abs. 1 SächsKitaG untersucht worden.¹ Im Rahmen dieser Untersuchung ist Folgendes festgestellt bzw. durchgeführt worden:

Das o. g. Kind kann nach ärztlicher Einschätzung in einer Kindertageseinrichtung/Kindertagespflegestelle aufgenommen werden.

☐ Es sind keine Einschränkungen zu beachten.

☐ Es wurden aus ärztlicher Sicht folgende betreuungsrelevante Einschränkungen festgestellt:

Daraus entsteht folgender besonderer Förder-/Unterstützungsbedarf:

Es wird auf der Grundlage von § 34 Abs. 10a IfSG ärztlich bestätigt, dass

- ☐ das o. g. Kind hat alle seinem Alter und Gesundheitszustand entsprechenden öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen erhalten.²
- ☐ eine ärztliche Beratung der Eltern in Bezug auf einen vollständigen und altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des o. g. Kindes hat stattgefunden.³

Die Eltern erteilen zu folgenden Schutzimpfungen ihre Zustimmung nicht:

Es wird auf Grundlage von § 20 IfSG (Masernschutzgesetz) nach eigener Erhebung oder durch Prüfung vorgelegter Nachweise ärztlich bestätigt, dass

- ☐ eine Immunität gegen Masern besteht (Antikörper-Nachweis).
- ☐ die erste Schutzimpfung gegen Masern altersentsprechend durchgeführt wurde.
- ☐ die zweite Schutzimpfung gegen Masern altersentsprechend durchgeführt wurde.
- ☐ eine vorübergehende Kontraindikation aufgrund des Zeitabstandes zwischen 1. und 2. Impfung (3 Monate) vorliegt.
- ☐ keine der vorgenannten Optionen zutreffend ist und damit ein ausreichender Masernschutz im Sinne des Gesetzes nicht besteht.

Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Hinweise für die Personensorgeberechtigten:

¹ Die ärztliche Untersuchung sollte grundsätzlich zeitnah (innerhalb von 14 Tagen) vor der Aufnahme erfolgen.

² Kann ein alters- und gesundheitsentsprechender Impfstand des Kindes aus ärztlicher Sicht nicht bescheinigt werden, haben die Personensorgeberechtigten gegenüber der Einrichtung eine schriftliche Erklärung abzugeben, dass sie ihre Zustimmung zu bestimmten Schutzimpfungen nicht erteilen.



III.3 Datenerhebung zu Besonderheiten bei der Mittagsverpflegung des Kindes

Name des Kindes _____

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.

Diese Anlage gilt nicht für Kinder im Krippenalter. Diese haben einen Anspruch auf eine warme Mahlzeit.

Anlagen

ggf. Ärztliche Bescheinigung über die Nahrungsmittelunverträglichkeit

Bestätigung des Caterers über die Nichtversorgung



III.4 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
Straße		
Hausnummer		
Postleitzahl		
Ort		
Telefon		
Telefon dienstlich		
E Mailadresse		

Datum: _____

Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1

Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 2



III.5 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 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)