

**Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertageseinrichtungen
(§ 1 Abs. 1 der Landesverordnung für Kindertageseinrichtungen)**

und zur Aktualisierung bei Wechsel einer Kindertageseinrichtung

Name, Vorname des Kindes:

Kreis (des Wohnsitzes):

Geburtsdatum:
T T M M J J

Ausstellungsdatum:
T T M M J J

Relevante Krankheiten einschließlich vorangegangener Infektionskrankheiten
(z.B. Asthma, Allergien, Diabetes mellitus, Anfallsleiden, Hepatitis B):

**Folgende Impfungen sind gemäß der aktuellen STIKO-Empfehlung
altersgerecht durchgeführt worden (bitte ankreuzen):**

	vollständig	un- vollständig	nicht geimpft	Handlungs- bedarf ja / nein	Immunität nach Erkrankung vorhanden
6-fach Kombi (TDaPHibIPVHepB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-fach-Kombi (TDaPHibIPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningokokken B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningokokken C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotaviren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMR	1. Impfung ab 9. LM <input type="checkbox"/> 2. Impfung ab 13. LM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	Masern- <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/>
Varizellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beratung nach §34 Abs.10a IfSG (s.u.) ist erfolgt

Eine Impflückenschließung wurde dringend empfohlen

Termin zur Impflückenschließung ist vereinbart / wurde abgelehnt

Datum:

Stempel/Unterschrift:

Ausstellungsgebühr nach Ziffer 70 GOÄ (kurze Bescheinigung bis 2,3fach € 5,36)

Formular-Bezug: Über die Gesundheitsämter

Formular: Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bismarckallee 8 - 12, 23795 Bad Segeberg, Tel.: 04551/803-0

Änderungen des Infektionsschutzgesetzes vom 25.07.2015 durch das Gesetz für Gesundheitsförderung und Prävention

§34 Absatz 10a: „Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist.

Wird der Nachweis nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt.“

Stand: Juli 2016

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

DRK-Kreisverband
 Segeberg e.V.
 Kurhausstraße 57
 23795 Bad Segeberg

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE57ZZZ00000479287	[Mandatsreferenz]
--	-------------------

Einzugsermächtigung:

Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinen/ unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger (siehe oben), Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Fälligkeit:

15. des Monats bzw. nächstfolgender Werktag

Zahlungsgrund:

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

IBAN (max. 22 Stellen) DE	BIC
-------------------------------------	-----

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum	Unterschrift (Zahlungspflichtiger)
------------	------------------------------------

Arbeitgeberbescheinigung:

Name:	Vorname:	
Anschrift:		
ist bei uns an folgender Arbeitsstätte (Bezeichnung, Anschrift):		
beschäftigt als (freiwillige Angabe):	seit:	bis:

Mit wöchentlich _____ Stunden, an folgenden Tagen:

	von	bis
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

zu unregelmäßigen Zeiten (Schichtdienst). In diesem Fall ist bitte der Schichtplan beizufügen.

Anmerkungen/ Ergänzungen zum Stundenumfang, z.B. zusätzliche außerunterrichtliche Aktivitäten (durchschnittlicher wöchentlicher Umfang):

Unterschrift und Stempel Arbeitgeber

Datum: _____

8.2.2.4.2 B Abholberechtigung

Name und Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Name/Vorname des/der
Sorgeberechtigten: _____

Telefon privat / geschäftlich

Im Notfall benachrichtigen:

Telefon: _____

Abholberechtigt sind:

Nachname:	Vorname:	Verhältnis zum Kind:

Eltern werden gebeten, abholberechtigte Personen persönlich in der Kindertagesstätte vorzustellen, in jedem Fall ist ein Ausweisdokument mitzuführen. Minderjährige Personen sind nicht abholberechtigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern oder des/der
Sorgeberechtigten*

* Hinweis: Die Unterzeichnung hat immer durch **alle** vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem das Kind lebt.

Kapitel 7 7.5.3.18 C	QMRHB Geltungsbereich: DRK-Kita Wiesenstrolche	Datenschutz Elterneinwilligungserklärung Fotos	
-------------------------	---	---	--

Das pädagogische Fachpersonal ist im Rahmen seiner professionellen Bildungsarbeit dazu verpflichtet, seine Tätigkeit bzw. die Entwicklung der ihnen anvertrauten Kinder zu dokumentieren. Diese Dokumentation erfolgt in vielen Bereichen des Kitaalltages mit Hilfe von Fotos, Videos und Tonaufnahmen.

Die Kindertageseinrichtungen sind dazu verpflichtet, über den konkreten Einsatz von Fotos für die Bedeutung von Bildungs- und Entwicklungsdokumentationen zu informieren und den jeweiligen Zweck zu erläutern. Darüber hinaus bedarf es der Einwilligung der Eltern. Die Einwilligung ist freiwillig. Weder die Erteilung noch die (vollständige oder teilweise) Nichterteilung oder ein Widerruf der Einwilligung haben Auswirkungen auf den Bestand, Inhalt oder Ausgestaltung des Betreuungsvertrages. Sie kann ohne Angaben von Gründen verweigert werden.

Name und Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Name/Vorname des/der Sorgeberechtigten: _____

In die Aufnahme sowie die Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der Fotos, Film- und/oder Tonaufnahmen meines/unsere Kindes (Zutreffendes bitte ankreuzen)

willige ich ein willige ich nicht ein

Meine Einwilligung schließt die folgenden Zwecke ein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ja nein Fotos für die Bildungs-/Entwicklungsdokumentation (Portfolio) meines/unsere Kindes
- ja nein Fotos, auf denen mein/unsere Kind alleine oder mit anderen Kindern abgebildet ist, dürfen in der Bildungs- und Entwicklungsdokumentation anderer Kinder (bei Gruppensituationen) verwendet werden.
- ja nein Fotos, auf denen mein/unsere Kind alleine oder mit anderen Kindern abgebildet ist, dürfen in der Einrichtung ausgehängt bzw. ausgelegt werden.
Hinweis: Die Kita kann nicht verhindern, dass Fotos, die in der Kita ausgehängt werden von anderen Eltern oder Dritten abfotografiert werden.
- ja nein Andere Gruppen-Eltern dürfen Fotos, die auch mein/unsere Kind zeigen, digital erhalten

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden.

Es besteht keinerlei Anspruch auf eine Gage oder ein Entgelt für die Aufnahmen sowie deren genannte Verwendungen durch das Deutsche Rote Kreuz. Ich bin darüber informiert worden, dass die Veröffentlichung von Bildern anderer Personen ohne deren Zustimmung Schadenersatzansprüche auslösen kann. **Inbesondere ist die Veröffentlichung im Internet unzulässig.** Jede Person ist zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Fotos „Dritter“, im Sinne des Datenschutzrechtes, verpflichtet.

Für Fotos, die in unserer Konzeption, im Jahresbericht, in anderen Druckmedien oder auf der DRK-Homepage Kita veröffentlicht werden sollen, erhalten Sie ggf. separate Einwilligungserklärungen.


Bei Datenschutzfragen können Sie sich gerne an unseren Datenschutzbeauftragten, Herrn Preißler unter **mpreissler@vater-gruppe.de** wenden.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern oder des/der Sorgeberechtigten*

* Hinweis: Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem das Kind lebt.

Freigabe: Valeriia Leiberova	Version: 1/2021	Erstellung: 01.04.2021	1 von 1
Qualitätsmanagementhandbuch DRK-Kita Wiesenstrolche, DRK-Kindertagesstätten gGmbH			

Kapitel 8 8.2.2.4.13 B	QMRHB Geltungsbereich: DRK-Kita Wiesenstrolche	Betrieb Pädagogische Prozesse und Projekte Aufnahmeverfahren	
---------------------------	---	---	--

Einverständniserklärungen

Name des Kindes:

- Mein Kind darf mit Sonnencreme, bei gegebenen Anlass, eingecremt werden (Diese wird jedoch von den Eltern selbst mitgebracht! Bitte denken Sie daran, Ihr Kind bereits am Morgen einzucremen, bevor es in den Kindergarten kommt).
 - Ja
 - Nein

Ort, Datum

(Unterschrift der Personensorgeberechtigten)

Einverständniserklärung zur Entfernung von Zecken

Aus medizinischer Sicht ist es sinnvoll, Zecken möglichst zeitnah zum Biss zu entfernen. Die Infektionswahrscheinlichkeit steigt, je länger die Zecke am Körper verbleibt. Damit die Mitarbeiter*innen der Kindertagesstätte eine Zecke bei Ihrem Kind entfernen können, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Sollte bei Ihrem Kind während der Betreuung in der Kindertagesstätte oder eines Ausfluges eine Zecke entdeckt werden, wird diese unmittelbar mit einer Zeckenkarte bzw. Zeckenzange entfernt. Anschließend wird die Einstichstelle mit einem wasserfesten Stift markiert. Der Zeckenbiss wird unter Angabe des Namens, des Datums und der betroffenen Körperstelle im Verbandsbuch eingetragen. Sie werden bei der Abholung über die Zeckenentfernung informiert.

Unter besonderen Umständen, wenn die Zecke z.B. an einer schwer zugänglichen Stelle sitzt, wird das Kita-Personal die Zecke nicht selbst entfernen, sondern die sorgeberechtigten Personen informieren, um weitere Vorgehensweise abzustimmen.

Darauf sollten Personensorgeberechtigte achten:

Bitte beobachten Sie mindestens eine Woche die Einstichstelle auf Hautveränderungen. Wenn eine kreisförmigen Hautrötung (die sogenannte Wanderröte), Entzündung der Bissstelle oder allgemeines Krankheitsempfinden auftreten, sollte ein Arzt aufgesucht werden.

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Mit der Entfernung der Zecke durch die Mitarbeiter*innen der Kindertagesstätte bin ich/sind wir einverstanden:

JA

Nein

Falls Sie mit einer Zeckenentfernung durch uns nicht einverstanden sind, wird für den Fall eines Zeckenbisses folgendes Vorgehen mit der Kindertagesstätte vereinbart:

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 1

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 2

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden.

Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem das Kind lebt.

Einverständniserklärung zur Entfernung von Splittern

Aus medizinischer Sicht ist es sinnvoll, Splitter möglichst zeitnah zu entfernen. Die Infektionswahrscheinlichkeit steigt, je länger der Splitter unter der Haut bleibt. Damit die Mitarbeiter*innen der Kindertagesstätte _____ handeln können, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Bei einem Splitterunfall sind die Mitarbeiter*innen angehalten, eine sachgemäße Erste-Hilfe-Maßnahmen vorzunehmen. Den Splitter zu entfernen, ist ein medizinischer Eingriff und grundsätzlich nur Ärzten vorbehalten.

Oberflächlich in der Haut steckende Splitter und Dornen, die sich ohne Verletzungen der Haut entfernen lassen und keine blutende Wunde verursachen, werden durch das Kita-Personal entfernt und mit einem Pflaster abgedeckt und im Verbandsbuch eingetragen. Sie werden bei der Abholung über die Splitterentfernung informiert.

Unter besonderen Umständen, wenn der Splitter z.B. an einer schwer zugänglichen Stelle sitzt, wird das Kita-Personal den Splitter nicht selbst entfernen, sondern die sorgeberechtigten Personen informieren, um weitere Vorgehensweisen abzustimmen.

Darauf sollten Personensorgeberechtigte achten:

Wenn um die Splitterstelle eine Hautrötung, Entzündung oder Ähnliches auftreten, sollte zeitnah ein Arzt aufgesucht werden.

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Mit der Entfernung des Splitters durch die Mitarbeiter*innen der Kindertagesstätte _____ bin ich/sind wir einverstanden:

JA**NEIN**

Falls Sie mit einer Splitterentfernung durch uns **nicht** einverstanden sind, wird für den Fall eines Splitters folgendes Vorgehen mit der Kindertagesstätte vereinbart:

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 1

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 2

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung bei dem anderen Elternteil auf, In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem das Kind lebt.

Einverständniserklärung zur Entfernung von Bienenstacheln

In der Regel sind Insektenstiche schmerzhaft aber harmlos in ihrer Wirkung. Aus medizinischer Sicht ist es sinnvoll, Bienenstachel möglichst zeitnah zu entfernen. Die Infektionswahrscheinlichkeit steigt, je länger der Bienenstachel unter der Haut bleibt. Damit die Mitarbeiter*innen der Kindertagesstätte _____ einen Bienenstachel bei Ihrem Kind entfernen können, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Sollte bei Ihrem Kind während der Betreuung in der Kindertagesstätte oder eines Ausfluges zu einem Bienenstich kommen, wird der Bienenstachel unmittelbar entfernt. Der Bienenstich wird unter Angabe des Namens des Kindes, des Datum und der betroffenen Körperstelle im Verbandsbuch eingetragen. Sie werden bei der Abholung über die Bienenstachelentfernung informiert.

Unter besonderen Umständen, wenn der Bienenstachel z.B. an einer schwer zugänglichen Stelle sitzt, wird das Kita-Personal den Bienenstachel nicht selbst entfernen, sondern die sorgeberechtigten Personen informieren, um weitere Vorgehensweisen abzustimmen.

Bei einem anaphylaktischen Schock handelt es sich um eine allergische Reaktion des Körpers, dann wird das Kita-Personal den Notarzt rufen. **Sollte bei ihrem Kind so eine Allergie bekannt sein, dann teilen Sie diese wichtige Information dem Kita-Personal mit.**

Darauf sollten Personensorgeberechtigte achten:

Bitte beobachten Sie mindestens **eine Woche** die Einstichstelle auf Hautveränderungen. Wenn sich um die Stichstelle eine Hautrötung, Entzündung oder Ähnliches auftreten, sollte zeitnah ein Arzt aufgesucht werden.

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Mit der Entfernung des Bienenstachels durch die Mitarbeiter*innen der Kindertagesstätte _____ bin ich/sind wir einverstanden:

JA

NEIN

Falls Sie mit einer Bienenstachelentfernung durch uns **nicht** einverstanden sind, wird für den Fall eines Bienenstichs folgendes Vorgehen mit der Kindertagesstätte vereinbart:

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 1

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 2

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung bei dem anderen Elternteil auf, In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem das Kind lebt.

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Name des Kindes:

Ich / wir sind damit einverstanden, dass die **DRK-Kindertagesstätte Wiesenstrolche, 23816 Leezen**


- den Entwicklungsstand meines Kindes mittels Beobachtungsbögen durch die Fachkräfte der Kindertagesstätte erhebt
 - Ja
 - Nein
- den letzten vor der Aufnahme in die Grundschule erstellten Beobachtungsbogen an die Schulleitung der aufnehmenden Grundschule übermittelt
 - Ja
 - Nein
- Nur folgende Teile des Beobachtungsbogens an die Grundschule übermittel:

- Die Daten dürfen durch die Grundschule im Rahmen des Einschulungsverfahrens verwendet werden
 - Ja
 - Nein

Mir / uns wurde der Zweck erklärt.

Ort, Datum

(Unterschrift der Personensorgeberechtigten)

Kapitel 8 8.2.2.4.12.1 B	QMRHB Geltungsbereich: DRK-Kita Wiesenstrolche	Betrieb Pädagogische Prozesse und Projekte Aufnahmeverfahren	
--------------------------------	---	---	--

Entbindung von der Schweigepflicht (-Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern)

Name: _____

Geb.: _____

Anschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der DRK-Kindertagesstätte „Wiesenstrolche“, 23816 Leezen sich telefonisch, schriftlich und mündlich mit Kooperationspartnern über den Entwicklungsstand und Informationen bezüglich meines Kindes austauschen dürfen.

Ich bewillige die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern und folgenden Kooperationspartner (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Schule
- Behandelnde/r Kinderarzt/ ärztin
- Interdisziplinäre Frühförderstelle der Lebenshilfe Bad Segeberg
- Eingliederungshilfe
- Logopädie
- Ergotherapie
- Physiotherapie

Die Entbindung der Schweigepflicht dient ausdrücklich zu Austausch Zwecken von Informationen zwischen den oben genannten Partnern und findet zudem stets in Kommunikation mit den jeweiligen Eltern des Kindes statt.

Ort, Datum

(Unterschrift der Personensorgeberechtigten)