

**Förderverein
für die Betreuung von
Grundschulkindern in
Freigericht e.V.**



Fragebogen bzgl. Unverträglichkeiten und medizinischer Betreuung

Name des Kindes: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN:

Nachfolgend haben wir aus rechtlichen Gründen verschiedene Punkte angefügt, für die wir Ihr Einverständnis benötigen. Sollten Sie mit einem oder mehreren Abschnitten nicht einverstanden sein, streichen Sie bitte den entsprechenden Passus.

AKTUELLER IMPFSCHUTZ:

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zum Schutz vor Masern zum 01.03.2020 ist die Betreuung von Kinder nur bei vorhandener Masernschutzimpfung zulässig. Als Nachweis ist eine Kopie des Impfausweises oder alternativ eines ärztlichen Zeugnisses erforderlich.

Bitte legen Sie den entsprechenden Nachweis bei.

Datum der Masernschutzimpfung: _____

EINVERSTÄNDNIS ZUR VERGABE VON VERBANDSMATERIAL:

Aufgrund der geltenden Bestimmungen dürfen wir den Kindern keine Arzneimittel geben, das heißt auch kein Verbandsmaterial (Pflaster).

Wir benötigen daher Ihr Einverständnis, damit Ihrem Kind bei kleineren Verletzungen Pflaster geklebt werden dürfen.

Bitte geben Sie mögliche allergische Reaktionen im Zusammenhang mit Verbandsmaterial an (s.u.).

Ich bin damit einverstanden, dass die Erzieher mein Kind bei kleineren Verletzungen mit Verbandsmaterial versorgen dürfen.

Mein Kind hat / hat keine allergische Reaktionen auf Verbandsmaterial

Zusätzliche Informationen:

EINVERSTÄNDNIS ZUR LEBENSMITTELHYGIENE:

Aufgrund des geltenden Lebensmittelrechts benötigen wir Ihr Einverständnis, dass Ihr Kind selbst zubereitete Speisen verzehren darf. Diese Regelung betrifft Speisen, die gemeinsam von Kindern und Erziehern zubereitet werden oder von Personensorgeberechtigten mitgebracht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind die selbst zubereiteten Speisen verzehren darf.

Mein Kind hat keine Lebensmittelunverträglichkeiten / Lebensmittelallergien.

Mein Kind darf folgende Speisen (s. zusätzliche Informationen) aus gesundheitlichen (Allergien, Unverträglichkeiten) oder anderen Gründen nicht essen.

Zusätzliche Informationen:

EINVERSTÄNDNIS ZECKEN:

- Hiermit willige ich ein, dass meinem Kind bei Bedarf sofort eine Zecke entfernt werden darf.
- Ich wünsche keine Zeckenentfernung für mein Kind, aber wünsche eine zeitnahe telefonische Rückmeldung unter der Telefonnummer: _____

INFORMATIONEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND DES KINDES:

	Bekannt	Nicht bekannt	Medikation / Was ist zu beachten?
Allergien			
Diabetes			
Unverträglichkeiten			
Epilepsie			
Bitte schreiben Sie hier weitere mögliche Erkrankungen oder, was wir zum Gesundheitszustand Ihres Kindes wissen sollten, auf:			

Gibt es eine regelmäßige Medikation Ihres Kindes? Wenn ja, welche?

Gibt es Notfallmedikationen für Ihr Kind? Wenn ja, welche und wer ist berechtigt diese zu geben?

Datum: _____ Unterschrift Sorgeberechtigte: _____