

Einverständniserklärung

Übertragung der Personensorge und Medikamentengabe

Stand: Mai 2021

Sehr geehrte Pädagoginnen und Pädagogen,

hiermit übertrage/n ich/wir

die Personensorge und die damit einhergehenden medizinischen Hilfsmaßnahmen sowie die Medikamentengabe für mein/unser Kind

während des Aufenthalts in Ihrer Einrichtung und etwaigen Aktivitäten außerhalb der Einrichtung (z.B. Ausflüge und Wandertage), auf folgende Personen:

	Name	Unterschrift
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Darunter fallen medizinische Hilfsmaßnahmen wie: (Bitte kreuzen Sie an)

- Erinnerung an Blutzuckermessungen
- Kontrolle bei der Eingabe der Kohlenhydrateinheiten in die Insulinpumpe oder den Insulinpen
- Bedienen der Insulinpumpe/ Insulinpen
- Abwiegen der kohlenhydratreichen Lebensmittel
- Berechnen der Kohlenhydrateinheiten
- Verabreichung von zuckerhaltigen Lebensmitteln bei Unterzuckerung
- Abgeben von Korrekturinsulin bei Überzuckerung

Sonstiges: _____

Diese Nebenabrede wird getroffen, um die Qualität der therapeutischen Behandlung sowie einen reibungslosen Besuch in Ihrer Einrichtung zu gewährleisten. Alle aufgeführten Personen erhielten diesbezüglich eine entsprechende Unterweisung.

Gleichzeitig übernehmen wir die Verantwortung für alle diabetesspezifischen Maßnahmen und Unterstützungen in vollem Umfang, welche durch die o.g. Personen durchgeführt wurden.

Alle im Kita- und Schuldienst tätigen Personen sind gemäß § 2 Absatz 1 Nr. 1 SGB VII gesetzlich unfallversichert.

Ort, Datum

Zur Kenntnis genommen:

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Unterschrift der Leitung/Stempel