

Datum 29/06/2020

Für: \_\_\_\_\_  
Name der Bewohnerin/des Bewohners

Gruppe: \_\_\_\_\_  
Bezeichnung und Bereich

Personensorgeberechtigte/r, Vormund bzw. Gesetzlicher Betreuender:

\_\_\_\_\_  
Name, ggf. Organisation

Mit Aufnahme eines Kindes übertragen die Personensorgeberechtigten/Vormünder die Ausübung der elterlichen Sorge bzw. die gesetzlichen Betreuer die Ausübung bestimmter Aufgaben (siehe Wirkungskreis) den Mitarbeitenden der Kindernotaufnahme Kleine Spatzen des DKSB Essen e.V..

Der Mitarbeitende verpflichtet sich, diesem Auftrag nach bestem Wissen und Gewissen in verantwortungsvoller Weise nachzukommen und die Personensorgeberechtigten/gesetzlichen Betreuer über wesentliche Ereignisse und anstehende Veränderungen, die das alltägliche Maß übersteigen, in Kenntnis zu setzen.

Neben den üblichen durch den Betreuungs- und / oder Erziehungsauftrag festgelegten Aufgaben, übertrage ich den Mitarbeitenden der Kindernotaufnahme Kleine Spatzen des DKSB Essen e.V. die im Folgenden angegebenen besonderen Tätigkeiten:

**(Zutreffendes bitte ankreuzen, Unzutreffendes bitte ggf. streichen!):**

### Bereich Wohnen und Alltag:

- Öffnen der Amtspost und ggf. Bearbeitung
- Haare schneiden  
Besonderheiten: \_\_\_\_\_
- Bevollmächtigung die Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung bei Dritten zu unterschreiben

### Bereich Gesundheit und Medizin:

- Organisation von und Begleitung zu Arztterminen
- Organisation und Durchführung von U-Untersuchungen
- Durchführung ärztlicher Anweisungen
- Durchführung zahnärztlicher Anweisungen
- Verabreichung ärztlich verordneter Medikamente
- Verabreichen von Arzneien, die unter das BTMG fallen (z. B. Ritalin, Cocerta, Medikinet)
- Verabreichung von freiverkäuflichen Medikamenten für leichte Schmerzen und Unwohlsein (z.B. Erkältungsbalsam) nach ärztlicher Empfehlung
- Leistung von Erster Hilfe bei einer Verletzung
- Organisation und Begleitung zu Beratungsstellen/therapeutischen Maßnahmen (z. B. Krankengymnastik)
- nicht mehr benötigte Medikamente dürfen von den Mitarbeiter/innen entsorgt werden
- Röntgenuntersuchung
- Veranlassung üblicher Impfungen (Tetanus, Diphtherie, Polio...)
- Pflegerische Grundversorgung ggf. auch im Intimbereich
- Teilnahme an Angeboten Tiergestützter Intervention/ begl. Kontakt zu Tieren mit Einverständnis des Kindes (vgl. Konzept)

### Bereich Bildung, Schule und Arbeit:

- An- und Abmeldung bei Kindergärten und Schulen
- An- und Abmeldung bei Vereinen und Institutionen schulischer Hilfen und Bildung

Datum 29/06/2020

## Bereich Freizeit:

- Teilnahme an Freizeitmaßnahmen
- Teilnahme an Urlaubsfahrten
- Wanderungen
- Radtouren
- Veranstaltungen von Schulen, Vereinen und Kinder-/Jugendorganisationen
- Schwimmen
- Reiten
- Tragen eines Fahrradhelms
  
- Tragen von Schutzkleidung z.B. beim Inlineskaten
- An- und Abmeldung bei Sport- und Kulturvereinen
- Teilnahme an erlebnispädagogischen Maßnahmen und natursportlichen Aktivitäten wie beispielsweise Kanufahren, Klettern und Bogenschießen

## Bereich Foto-/Videoaufnahmen

- Es dürfen keine Fotos/Videos gemacht werden
- Foto-/Videomaterial darf für den internen Gebrauch angefertigt werden
- Foto-/Videomaterial darf für die spätere Biographie-Arbeit anderen Kindern beim Auszug mitgegeben werden (z.B. Gruppenfoto)

## Schweigepflichtsentbindung:

Hiermit werden die Mitarbeiter/innen des DKSB Stationäre Hilfen in folgenden Punkten von ihrer wechselseitigen Schweigepflicht bzgl. meines Kindes/Mündels zur Kontaktaufnahme und Austausch notwendiger Informationen für die Erfüllung des Auftrages im Sinne unseres Konzeptes entbunden:

- Gegenüber Mitarbeiter\*innen der Kita/Schule des Kindes
- Gegenüber dem behandelnden Kinderarzt und zukünftig behandelnden Ärzten/Therapeuten
- Gegenüber Mitarbeiter\*innen von interdisziplinären Frühförderstellen
- Gegenüber Mitarbeiter\*innen von sozialpädiatrischen Zentren
- Gegenüber den sozialpädagogischen Familienhilfen
- \_\_\_\_\_

Hinweis: Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Schweigepflichtsentbindung für die Dauer der laufenden Hilfemaßnahme. Sie sind jederzeit dazu berechtigt diese zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r, Vormund,  
Gesetzlicher Betreuer

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeitender