

Name des Kindes _____

Erste Hilfe
in der
Ferien- und Nachmittagsbetreuung

Wenn Kinder zusammen spielen bzw. sich im Freien aufhalten kann es immer mal zu kleineren Verletzungen kommen. Wir haben uns darauf eingestellt und führen bei unseren Betreuungsangeboten einen kleinen „Notfall-Koffer“ mit.

Um aber bei kleineren Verletzungen Ihrer Kinder gleich handeln zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis, denn nur dann dürfen wir Medikamente, Salben und Heilmittel anwenden.

Deshalb möchten wir Sie bitten in der linken Spalte anzukreuzen, welches Mittel wir bei Ihrem Kind anwenden dürfen.

| | Medikament/Heilmittel | Gabe: | |
|--|---|--------------|---|
| | Arnika, Globuli D12 -homöopathisch | Innerlich | Verstauchungen, Prellungen, Zerrungen, Blutergüsse |
| | Fenistilgel | Äußerlich | Mückenstiche, Brennnesseln |
| | Traumeel Gel -homöopathisch | Äußerlich | Schürfwunden, Verstauchungen, etc. |
| | Apis mellifica, Globuli D12 -homöopathisch | Innerlich | Bienenstiche |
| | Wunddesinfektion | Äußerlich | Schnitte, Schürfwunden, etc. |

In schwerwiegenden Fällen bzw. bei uneindeutigen Symptomen werden wir Sie selbstverständlich umgehend informieren.

Zeckenbiss

Beim Vorfinden einer Zecke: (Entsprechendes bitte ankreuzen)

- Ich stimme zu, dass meinem Kind durch einen zuständigen Betreuer die Zecke entfernt werden darf.
- Ich möchte direkt informiert werden, um die Zecke durch einen Arzt oder Apotheker entfernen zu lassen.

Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter _____