

Einverständniserklärung zur Entfernung von Zecken

Es ist nicht die Zecke selbst, die gefährlich ist, sondern die Krankheiten, die sie übertragen kann. Deshalb ist es wichtig, Zecken so schnell wie möglich zu entfernen. Wir möchten daher Ihr Einverständnis erbitten, der Zeckenentfernung durch die pädagogischen Fachkräfte und der anschließenden Desinfektion zuzustimmen. In jedem Fall werden Sie über einen Zeckenstich informiert

Wenn wir bei Ihrem Kind eine Zecke entdecken, machen wir Folgendes:

- 1. Das pädagogische Personal entfernt die Zecke sofort mit einem speziellen Werkzeug.**
- 2. Dann markieren wir die Stelle auf der Haut.**
- 3. Wir dokumentieren die Entfernung der Zecke im Verbandbuch.**
- 4. Beim Abholen sagen wir Ihnen, wo die Zecke war und zeigen Ihnen den Stich.**

Bitte achten Sie darauf, wie sich der Zeckenstich entwickelt.

Wenn Sie um die Einstichstelle eine kreisförmige Rötung oder Entzündung sehen oder Ihr Kind sich krank fühlt, gehen Sie zum Arzt oder zur Ärztin.

Wir/Ich sind damit einverstanden, dass im Falle eines Zeckenstiches, die Zecke durch eine pädagogische Fachkraft entfernt und die Einstichstelle desinfiziert wird. Wir entbinden die/den ausführenden Mitarbeiter/in von der Verantwortung bezüglich der Folgen einer sachgerecht durchgeführten Zeckenentfernung. Er/Sie haftet nicht für Nebenfolgen, die selbst bei Beachtung der notwendigen Sorgfalt entstehen können.

Ja

☐

Nein

☐

Wenn Sie nicht möchten, dass wir die Zecke entfernen, gilt folgende Vereinbarung für das Entfernen von Zecken

- 1. Wenn die Zecke entdeckt wird, rufen wir Sie sofort an.**
- 2. Falls niemand erreichbar ist, darf das pädagogische Personal eigenständig im besten Interesse des Kindes handeln.**
- 3. Wir dokumentieren den Zeckenstich(-biss) im Verbandbuch.**
- 4. Wenn Sie mit Ihrem Kind zu einem Arzt oder Ärztin gehen, sagen Sie uns (Verein) sofort Bescheid.**

Die letzte Tetanusimpfung war am

Bitte geben Sie Ihrem Kind die Krankenkassenkarte für Notfälle mit zur Veranstaltung!

Name, Vorname (Kind)

Notfall - Telefonnummer

Notfall - Telefonnummer

Notfall - Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r