

„GESUNDE ELTERN,
GESUNDE KINDER“

**Vorsorgeplan
für Familien**

Arbeitskreis

„Gesunde Eltern, gesunde Kinder“

Liebe Eltern,

Jeder von uns kann akut erkranken, in eine Krise oder Notsituation geraten, in der er sich nicht mehr um die alltäglichen Dinge und vor allem um die Versorgung der eigenen Kinder kümmern kann.

Die Betreuung Ihres Kindes/Ihrer Kinder wird Ihnen sicherlich ein wichtiges Anliegen sein, damit Sie in Ruhe gesund werden können.

Dieser Notfallplan wurde entwickelt, damit Sie als Eltern bereits im Vorfeld bestimmen können, wer sich im Krisenfall um Ihr Kind /Ihre Kinder kümmern soll und was die Betreuungsperson unbedingt über Ihr Kind/Ihre Kinder wissen sollte und was genau zu tun ist.

Im Anhang finden Sie zudem eine Übersicht über Institutionen, an welche Sie sich in Krisen- und Notsituationen wenden können.

Wir wünschen Ihnen beste Gesundheit und alles Gute!

Ihr

ARBEITSKREIS

„Gesunde Eltern, gesunde Kinder“

Impressum:

1. Auflage, 2019

Herausgeber:

Landratsamt Deggendorf, Herrenstr. 18, 94469 Deggendorf

Arbeitskreis „Gesunde Eltern, gesunde Kinder“

Druck: Landratsamt Deggendorf



Familiendaten:

Im Haushalt lebende Erwachsene mit Angabe des Beziehungsverhältnisses:

Name

Beziehungsverhältnis

Geb.-Datum

Tel.-Nr.

Name

Beziehungsverhältnis

Geb.-Datum

Tel.-Nr.

im Haushalt lebende Kinder:

Kind 1

Geb.-Datum

Kind 2

Geb.-Datum

Kind 3

Geb.-Datum

Kind 4

Geb.-Datum

Kind 5

Geb.-Datum

Entbindung von der Schweigepflicht:

Zustimmungserklärung der Sorgeberechtigten nach §§ 61 ff. SGB VIII, 203 Abs. 1 und 2 StGB

Hiermit entbinde ich/entbinden wir (Sorgeberechtigte: Name, Geburtsdatum, Adresse)

Name

Geb.-Datum

Adresse

Name

Geb.-Datum

Adresse

Frau/Herrn _____

Name

Geb.-Datum

und (Einrichtung, Adresse, Berater)

Bezüglich des Kindes/der Kinder und mir selbst :

Kind 1

Geb.-Datum

Kind 2

Geb.-Datum

Kind 3

Geb.-Datum

Kind 4

Geb.-Datum

Kind 5

Geb.-Datum

gegenseitig von der Schweigepflicht.

Ich weiß, dass ich die Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mein Einverständnis kann ich auch beschränken.

Datum, Unterschrift Vor- und Zuname

Datum, Unterschrift Vor- und Zuname

Betreuungsdaten für Kind 1

Seite 1

Name des Kindes

wird aktuell betreut von

Name

Tel.-Nr.

Anschrift

nicht im Haushalt
lebender Elternteil

Name

Tel.-Nr.

Anschrift

elterliche Sorge liegt bei (Mutter, Vater, beide Elternteile, Vormund etc.)

Name

Geb.-Datum

Anschrift

Tel.-Nr.

gewünschte Betreuungsperson im Notfall mit Angabe des Beziehungsverhältnisses
(Mutter, Vater, Tante, Oma, sonstige)

Name

Geb.-Datum

Anschrift

Tel.-Nr.

besucht aktuell folgende Einrichtung (z. B. Kindergarten, Schule, Hort, ...)

Name der Einrichtung

Anschrift

Tel.-Nr.

gegebenenfalls Betreuungszeiten

Name der Einrichtung

Anschrift

Tel.-Nr.

Betreuungsdaten für Kind 1

Seite 2

Name des Kindes _____

Gesundheit

Hausarzt
Name _____ Tel.-Nr. _____

Kinderarzt
Name _____ Tel.-Nr. _____

Zahnarzt
Name _____ Tel.-Nr. _____

andere Ärzte/
Therapeuten
Name _____ Tel.-Nr. _____

Erkrankungen _____

Allergien _____

Medikamente _____

Besonderheiten

Freizeit (z. B. Sportvereine, Musik, Rituale, z.B. beim Einschlafen...)

Haustier _____

Freundinnen / Freunde _____

Betreuungsdaten für Kind 2

Seite 1

Name des Kindes

wird aktuell betreut von

Name

Tel.-Nr.

Anschrift

nicht im Haushalt
lebender Elternteil

Name

Tel.-Nr.

Anschrift

elterliche Sorge liegt bei (Mutter, Vater, beide Elternteile, Vormund etc.)

Name

Geb.-Datum

Anschrift

Tel.-Nr.

gewünschte Betreuungsperson im Notfall mit Angabe des Beziehungsverhältnisses
(Mutter, Vater, Tante, Oma, sonstige)

Name

Geb.-Datum

Anschrift

Tel.-Nr.

besucht aktuell folgende Einrichtung (z. B. Kindergarten, Schule, Hort, ...)

Name der Einrichtung

Anschrift

Tel.-Nr.

gegebenenfalls Betreuungszeiten

Name der Einrichtung

Anschrift

Tel.-Nr.

Betreuungsdaten für Kind 2

Seite 2

Name des Kindes _____

Gesundheit

Hausarzt
Name _____ Tel.-Nr. _____

Kinderarzt
Name _____ Tel.-Nr. _____

Zahnarzt
Name _____ Tel.-Nr. _____

andere Ärzte/
Therapeuten
Name _____ Tel.-Nr. _____

Erkrankungen _____

Allergien _____

Medikamente _____

Besonderheiten

Freizeit (z. B. Sportvereine, Musik, Rituale, z.B. beim Einschlafen...)

Haustier _____

Freundinnen / Freunde _____

Betreuungsdaten für Kind 3

Seite 1

Name des Kindes

wird aktuell betreut von

Name

Tel.-Nr.

Anschrift

nicht im Haushalt
lebender Elternteil

Name

Tel.-Nr.

Anschrift

elterliche Sorge liegt bei (Mutter, Vater, beide Elternteile, Vormund etc.)

Name

Geb.-Datum

Anschrift

Tel.-Nr.

gewünschte Betreuungsperson im Notfall mit Angabe des Beziehungsverhältnisses
(Mutter, Vater, Tante, Oma, sonstige)

Name

Geb.-Datum

Anschrift

Tel.-Nr.

besucht aktuell folgende Einrichtung (z. B. Kindergarten, Schule, Hort, ...)

Name der Einrichtung

Anschrift

Tel.-Nr.

gegebenenfalls Betreuungszeiten

Name der Einrichtung

Anschrift

Tel.-Nr.

Betreuungsdaten für Kind 3

Seite 2

Name des Kindes _____

Gesundheit

Hausarzt
Name _____ Tel.-Nr. _____

Kinderarzt
Name _____ Tel.-Nr. _____

Zahnarzt
Name _____ Tel.-Nr. _____

andere Ärzte/
Therapeuten
Name _____ Tel.-Nr. _____

Erkrankungen _____

Allergien _____

Medikamente _____

Besonderheiten

Freizeit (z. B. Sportvereine, Musik, Rituale, z.B. beim Einschlafen...)

Haustier _____

Freundinnen / Freunde _____

Betreuungsdaten für Kind 4

Seite 1

Name des Kindes

wird aktuell betreut von

Name

Tel.-Nr.

Anschrift

nicht im Haushalt
lebender Elternteil

Name

Tel.-Nr.

Anschrift

elterliche Sorge liegt bei (Mutter, Vater, beide Elternteile, Vormund etc.)

Name

Geb.-Datum

Anschrift

Tel.-Nr.

gewünschte Betreuungsperson im Notfall mit Angabe des Beziehungsverhältnisses
(Mutter, Vater, Tante, Oma, sonstige)

Name

Geb.-Datum

Anschrift

Tel.-Nr.

besucht aktuell folgende Einrichtung (z. B. Kindergarten, Schule, Hort, ...)

Name der Einrichtung

Anschrift

Tel.-Nr.

gegebenenfalls Betreuungszeiten

Name der Einrichtung

Anschrift

Tel.-Nr.

Betreuungsdaten für Kind 4

Seite 2

Name des Kindes _____

Gesundheit

Hausarzt _____
Name _____ Tel.-Nr. _____

Kinderarzt _____
Name _____ Tel.-Nr. _____

Zahnarzt _____
Name _____ Tel.-Nr. _____

andere Ärzte/
Therapeuten _____
Name _____ Tel.-Nr. _____

Erkrankungen _____

Allergien _____

Medikamente _____

Besonderheiten

Freizeit (z. B. Sportvereine, Musik, Rituale, z.B. beim Einschlafen...)

Haustier _____

Freundinnen / Freunde _____

Betreuungsdaten für Kind 5

Seite 1

Name des Kindes

wird aktuell betreut von

Name

Tel.-Nr.

Anschrift

nicht im Haushalt
lebender Elternteil

Name

Tel.-Nr.

Anschrift

elterliche Sorge liegt bei (Mutter, Vater, beide Elternteile, Vormund etc.)

Name

Geb.-Datum

Anschrift

Tel.-Nr.

gewünschte Betreuungsperson im Notfall mit Angabe des Beziehungsverhältnisses
(Mutter, Vater, Tante, Oma, sonstige)

Name

Geb.-Datum

Anschrift

Tel.-Nr.

besucht aktuell folgende Einrichtung (z. B. Kindergarten, Schule, Hort, ...)

Name der Einrichtung

Anschrift

Tel.-Nr.

gegebenenfalls Betreuungszeiten

Name der Einrichtung

Anschrift

Tel.-Nr.

Betreuungsdaten für Kind 5

Seite 2

Name des Kindes _____

Gesundheit

Hausarzt
Name _____ Tel.-Nr. _____

Kinderarzt
Name _____ Tel.-Nr. _____

Zahnarzt
Name _____ Tel.-Nr. _____

andere Ärzte/
Therapeuten
Name _____ Tel.-Nr. _____

Erkrankungen _____

Allergien _____

Medikamente _____

Besonderheiten

Freizeit (z. B. Sportvereine, Musik, Rituale, z.B. beim Einschlafen...)

Haustier _____

Freundinnen / Freunde _____

Vollmacht

Name, Adresse und Telefon des Personensorgeberechtigte

als Inhaber der Personensorge für das Kind _____

Name

geb. am

wird gegenüber Hr./Fr. (Bevollmächtigter) _____

Name

erklärt, dass das o. g. Kind

- a)** im medizinisch/ärztlichen Bereich, hinsichtlich der entwicklungsmäßigen und gesundheitlichen Erfordernisse, kontrollmäßig und in Notfällen behandelt werden darf (Individual-, Nachfolge-, Schul-, berufsbezogene und Reihenuntersuchungen, sowie empfohlene erforderliche Impfungen und Notoperationen). Informationen aus dem medizinisch / ärztlichen Bereich dürfen den Bevollmächtigten vom behandelnden Arzt, soweit sie für die Entwicklung des Kindes bedeutsam sind, unmittelbar mitgeteilt werden. Der behandelnde Arzt wird gegenüber dem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht entbunden;
- b)** im schulischen und Ausbildungsbereich von dem Bevollmächtigten unmittelbar betreut wird. Damit ist gemeint, dass Schulanmeldungen, Rücksprachen und Informationen durch die Lehrer, Verhandlungen mit der Schulbehörde, sowie zusätzliche Bildungsmöglichkeiten (z.B. Nachhilfeunterricht), soweit es der persönlichen und umweltbezogenen Entwicklung des Kindes dient, auf den Bevollmächtigten übertragen wird.
- c)** in Kindertageseinrichtungen, sowie Gruppen und Vereinen angemeldet werden oder beitreten kann, soweit es der Entwicklung des Kindes dient. Informationen aus diesem Bereich dürfen dem Bevollmächtigten weitergegeben werden;
- d)** an Fahrten und Freizeiten (Wochenenden, Ferien, Urlaub, Bildungsmaßnahmen) teilnehmen kann, soweit es der Entwicklung des Kindes dient. Damit ist gemeint, dass der/die Bevollmächtigte das o.g. Kind zu Familien- und Urlaubsfahren im In- und Ausland mitnehmen können.
- e)** bei Bedarf Beratungsangebote (z.B. Erziehungsberatungsstellen, Frühförderstelle, Schulpsychologischer Dienst) in Zusammenarbeit mit dem Bevollmächtigten wahrnehmen kann. Informationen aus diesem Bereich dürfen dem Bevollmächtigten weitergegeben werden.
- f)** die unter a) bis e) aufgeführten Rechte beinhalten nicht eine automatische Übernahme etwaiger dadurch anfallender Kosten durch den Inhaber der elterlichen Sorge.
- g)** Ergänzende Vereinbarungen:

Diese Vollmacht verliert ihre Gültigkeit bei/zum _____

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Unterschrift des Bevollmächtigten

DONAUISAR-Klinikum Deggendorf

Perlasberger Str. 41,
94469 Deggendorf
Tel 0991 – 3800
E-Mail: info@donau-isar-klinikum.de
www.donau-isar-klinikum.de

Klinik Angermühle GmbH

Im Stadtpark 22 – 39, 94469 Deggendorf
Tel. 0991 - 37055-0
E-Mail: info@klinik-angermuehle.de
www.klinik-angermuehle.de

Betreuungsverein Deggendorf

(Sorgeberechtigung, Patientenverfügung
und Vorsorgevollmacht)
Nördl. Stadtgraben 14, 94469 Deggendorf
Tel. 0991 – 3830 590
E-Mail: info@btv-deg.de
www.betreuungsverein-deggendorf.de

Landratsamt Deggendorf

Schwangerschaftsberatung
Herrenstr. 18, 94469 Deggendorf
Tel 0991 – 31 00 – 311; - 316; - 382
E-Mail: schwangerenberatung@lra-deg.bayern.de
www.schwanger-in-deggendorf.de

Caritas, Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung

Detterstraße 35, 94469 Deggendorf
Tel. 0991 - 29055-10
E-Mail: erziehungsberatung@caritas-deggendorf.de
www.erziehungsberatung-deggendorf.de

Frühförderstelle St. Raphael

Irlfeldstraße 2, 94469 Deggendorf
Tel. 0991 - 3100- 37 19 97 - 0
E-Mail: ff-deg@lh-deg.de
www.lebenshilfe-deggendorf.de/lernen/fruehfoerderstelle-st-raphael/

KJP Kinder- und Jugendpsychiatrie

DONAUISAR-Klinikum Deggendorf
Perlasberger Str. 41, 94469 Deggendorf
Tel. 0991 - 380-1450
www.bkh-landshut.de/klinikumdeggendorfkip.html

Bayer. Rotes Kreuz, Sozialpsychiatrischer Dienst

Luitpoldstr. 14, 94447 Plattling
Tel. 09931 - 89609-0
E-Mail: info@kvdeggendorf.brk.de
www.brk.de

DONUM VITAE in Bayern e.V.

Staatlich anerkannte Beratungsstelle für
Schwangerschaftsfragen
Am Stadtpark 12, 94469 Deggendorf
Tel. 0991 – 37 1966; FAX 0991 – 37 19670
E-Mail: deggendorf@donum-vitae-bayern.de
www.deggendorf.donum-vitae-bayern.de

Landratsamt Deggendorf

Suchtberatung
Herrenstr. 18, 94469 Deggendorf
Tel 0991 – 31 00 – 310
E-Mail: krausw@lra-deg.bayern.de
www.landkreis-deggendorf.de/leben-arbeiten/gesundheitsuchtpraevention-suchtkrankenhilfe/

Landratsamt Deggendorf Amt für Jugend und Familie,

Allgemeiner Sozialdienst (ASD)
Herrenstraße 18, 94469 Deggendorf
Tel. 0991 - 3100-355
E-Mail: kreisjugendamt@lra-deg.bayern.de
www.landkreis-deggendorf.de/leben-arbeiten/familie-kinder-jugendliche/amt-fuer-jugend-und-familie/

Deutscher Kinderschutzbund

Ortsverband Deggendorf e. V.
Amanstraße 21, 94469 Deggendorf
Tel. 0991 - 4556
E-Mail: info@kinderschutzbund-deggendorf.de
www.kinderschutzbund-deggendorf.de

SPZ Sozialpädiatrisches Zentrum

DONAUISAR-Klinikum Deggendorf
Perlasberger Str. 41, 94469 Deggendorf
Tel 0991 - 38 03 401
www.donau-isar-klinikum.de/zentren/sozialpaediatrisches-zentrum/ueberblick.html

Bezirksklinikum Mainkofen

Mainkofen A 3, 94469 Deggendorf
09931 - 870
E-Mail: info@mainkofen.de
www.mainkofen.de

Caritas

Schwangerenberatung
Detterstr. 35, 94469 Deggendorf
Tel. 0991 – 29055 – 40
E-Mail: deggendorf@caritas-schwangerschaftsberatung.de
www.caritas-schwangerschaftsberatung.de

Caritas Fachambulanz für Suchtprobleme

Bahnhofstr. 7, 94469 Deggendorf
Tel. 0991 - 374100-0
E-Mail: beratung@suchtambulanz-deggendorf.de
www.suchtambulanz-deggendorf.de

Landratsamt Deggendorf Koordinierende Kinderschutzstelle (KoKi)

Herrenstraße 18, 94469 Deggendorf
Tel. 0991 - 3100-308 oder -214
E-Mail: koki@lra-deg.bayern.de
www.koki-deggendorf.de

Landratsamt Deggendorf Jugendsozialarbeit an Schulen (JAS)

Grundschulen
www.caritas-deggendorf.de/hilfeundberatung/jugendsozialarbeitgrundschulenjas/jugendsozialarbeitgrundschulenjas
Mittelschulen und
Sonderpädagogische Förderzentren
www.landkreis-deggendorf.de/leben-arbeiten/familie-kinder-jugendliche/jas-jugendsozialarbeit-an-schulen

Notruf Rettungsdienst/Notarzt/Brand 112

Notruf Polizei 110

Giftnotruf 089 – 19240