

Stiftung Drachensee Postfach 4480 • 24043 Kiel

An: Die Eltern, Angehörigen und  
Erziehungsberechtigten

## Soziale Teilhabe

### Offene Hilfen Kiel

Ihr Ansprechpartner:  
Postanschrift

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Datum:

### Koordination Schulen

Sebastian Kwacz  
Harmsstraße 66 24114 Kiel

0431/6484-412

0431/648471-410

sebastian.kwacz

@drachensee.de

18.09.2025

Sehr geehrte Eltern, Angehörige und Erziehungsberechtigte,  
liebe Kinder und Jugendliche,

wir freuen uns, wieder vom **20. bis zum 30. Oktober 2025** (am 31.10. findet keine  
Betreuung statt) in der **Ellerbeker Schule (Klausdorfer Weg 62, 24148 Kiel)** die  
Ferienbetreuung ausrichten zu dürfen.

Wie gewohnt bekommen Sie die wichtigsten Daten über die Ferienbetreuung in diesem Brief.

Ihr Kind betreuen wir dort in der Zeit von **7.30 – 16.00 Uhr**. Das gemeinsame Mittagessen  
findet in der Schule statt.

### Die Bestellung des Mittagessens erfolgt über den Caterer.

KSVB Franken

Tel.: 0431-204963

E-Mail: [ksvb.franken@ksvbfranken.de](mailto:ksvb.franken@ksvbfranken.de)

Bitte denken Sie daran, Ihrem Kind Frühstück, ein Getränk, Wechselkleidung sowie  
gegebenenfalls Pflegematerial mitzugeben.

**Bitte haben Sie Verständnis, dass wir kein Kind in der Gruppe betreuen können, dessen  
Notfallmedikamente nicht vor Ort sind!**

Bei Interesse melden Sie bitte Ihr Kind möglichst umgehend, spätestens aber bis zum

**06.10.2025**

für die Ferienbetreuung an. **Es ist möglich, dass Ihr Kind in den Ferien den Fahrdienst  
von MediCar nutzen kann.** Hierfür ist eine **rechtzeitige** Anmeldung bei uns nötig!

Sollten Sie im Schulalltag eine **Einzelbegleitung** über einen **anderen Träger** (als die Offenen  
Hilfen) in Anspruch nehmen, halten Sie bitte zeitnah bezüglich der Ferien mit diesem  
Rücksprache.

Mit freundlichen Grüßen

Sebastian Kwacz  
Soziale Teilhabe  
Offene Hilfen Kiel

**Aufnahmebogen Kund\*innen –  
Offene Hilfen Kiel „Bedarfsgerechte Betreuungsgruppe“**

Hiermit melde ich

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**verbindlich** für die Ferienbetreuung an der **Ellerbeker Schule** an.

20.10. - 24.10.2025

27.10. - 30.10.2025

**Einzelbegleitung notwendig**

- Ja
- Nein

**Fahrdienst notwendig?**

- Ja
- Nein

***Bitte schicken Sie die Anmeldung per E-Mail an: [Sebastian.kwacz@drachensee.de](mailto:Sebastian.kwacz@drachensee.de)/  
[Nadine.Papenfuss@drachensee.de](mailto:Nadine.Papenfuss@drachensee.de) oder per Brief an: Offene Hilfen Kiel (Stiftung  
Drachensee), Harmsstr.66, 24114 Kiel.***

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Welche Hilfe braucht Ihr Kind beim Anziehen?	
Welche Hilfe braucht Ihr Kind beim Essen?	
Welche Hilfe braucht Ihr Kind beim Toilettengang?	
Welche Hilfe braucht Ihr Kind beim Gehen? Auch auf längeren Strecken. Sind Hilfsmittel erforderlich?	
Was kann Ihr Kind gut?  Was macht es gern?	
Was kann Ihr Kind nicht so gut?	
Gibt es bestimmte Rituale/Besonderheiten (z. B. ein Lieblingskuscheltier, Lieder, Reime o.ä.) die Ihr Kind besonders mag?	
Fällt es Ihrem Kind schwer sich an Grenzen zu halten?	
Sonstige Bemerkungen:	

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Medizinisches Datenblatt und Medikamentengabe für Nutzer\*innen  
der Offenen Hilfen Kiel**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Behinderung/Diagnose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besteht Epilepsie?  Ja  Nein

Besteht Diabetes?  Ja  Nein

Bestehen Allergien?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
(z. B. Heftpflaster/Getränke, Nahrungsmittel, Insektenstiche etc.)

Wie äußern sich die o. g. Erkrankungen (Verlaufsformen, Symptome, Anzeichen etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es eine Notfallmedikation?  Ja  Nein

**Falls Ja, ist das beiliegende Dokument „Medikamentengabe im Notfall“  
zwingend auszufüllen.**

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?  Ja  Nein

Falls Ja, bitte folgende Tabelle ausfüllen (Seite 5).

**Handhabung der Medikamentengabe** (muss nicht ausgefüllt werden, wenn diesem Dokument eine Kopie der ärztlichen Verordnung beiliegt):

Bitte tragen Sie nur Medikamente ein, die während der Betreuungszeit eingenommen werden müssen.

<b>Name und Art des Medikamentes</b>	<b>Dosierung</b> (welche Menge pro Einnahme)	<b>Zeitliche Vorgabe</b> (Wann und wie häufig am Tag)	<b>Art der Anwendung</b> (Auftragen, Schlucken, Inhalieren etc.)	<b>Hinweise zur Medikamentenlagerung</b> (nicht über 25°C, im Kühlschrank?)
Medikament 1				
Medikament 2				
Medikament 3				

Sonstige Bemerkungen:

---



---



---

behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt:

(Unterschrift und Stempel)

- Der Name des\*der Kindes/Jugendlichen/Kund\*in muss auf dem Medikament vermerkt sein.
- Die Kund\*innen oder deren Sorgeberechtigten sind dazu verpflichtet alle, das Medikament betreffenden, Änderungen unverzüglich den Offenen Hilfen Kiel mitzuteilen.
- Die Kund\*innen oder deren Sorgeberechtigten tragen die Verantwortung bezüglich der Haltbarkeit der Medikamente. Das Haltbarkeitsdatum ist vor der Übergabe an die Betreuungskräfte zu überprüfen und zu vermerken.
- Ist eine Einweisung in die Handhabung des Medikaments notwendig, erfolgt diese durch med. Personal, oder die Kund\*innen/Personensorgeberechtigten.
- Akut erkrankte Kinder/Jugendliche/Kund\*innen können nicht betreut werden.
- Die Betreuungskräfte haften nicht für Schäden, die im Zusammenhang mit der Durchführung der medizinischen Hilfemaßnahmen und der Verabreichung der Medikamente entstehen, sofern kein Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Mit der Übernahme der Medikamentengabe durch die Betreuungskraft der Offenen Hilfen Kiel bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Nutzer\*innen/Personensorgeberechtigte\*r

**Vereinbarung über die Verabreichung von Medikamenten in einem medizinischen Notfall**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Erkrankung: \_\_\_\_\_

Anlass/Symptome für med. Notfall (z.B. Atemnot, Juckreiz, Hautveränderungen, Krampf):

Verhalten im med. Notfall:

Handhabung des Notfallmedikamentes (muss nicht ausgefüllt werden, wenn diesem Dokument eine Kopie der ärztlichen Verordnung beiliegt):

Medikament	
Dosierung	
Form der Verabreichung	
Hinweise zur Lagerung	
Sonstige Bemerkungen	

Behandelnder Arzt/ behandelnde Ärztin	(Unterschrift und Stempel)
--	----------------------------

- Der Name des\*der Kindes/Jugendlichen/Kund\*in muss auf dem Notfall-Medikament vermerkt sein.
- Die Kund\*innen oder deren Sorgeberechtigten sind dazu verpflichtet alle, das Notfallmedikament betreffenden, Änderungen unverzüglich den Offenen Hilfen Kiel mitzuteilen.
- Die Kund\*innen oder deren Sorgeberechtigten tragen die Verantwortung bezüglich der Haltbarkeit der Notfallmedikamente. Das Haltbarkeitsdatum ist vor der Übergabe an die Betreuungskräfte zu überprüfen und zu vermerken.
- Ist eine Einweisung in die Handhabung des Notfallmedikaments notwendig, müssen die Kund\*innen/Personensorgeberechtigten eine solche Einweisung gewährleisten.
- Akut erkrankte Kinder/Jugendliche/Kund\*innen können nicht betreut werden.
- Die Betreuungskräfte haften nicht für Schäden, die in Zusammenhang mit der Durchführung der medizinischen Hilfemaßnahmen und der Verabreichung der Notfallmedikamente entstehen, sofern kein Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt.
- In der Schulbegleitung liegen die Aufsichtspflicht und die Verantwortung für die Gabe von Notfallmedikamenten bei der Schule.

Mit der Übernahme der Medikamentengabe im Notfall durch die Betreuungskraft der Offenen Hilfen Kiel bin ich einverstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift Kund\*in/Personensorgeberechtigte\*r