

Stiftung Drachensee Postfach 4480 •24043 Kiel

An: Die Eltern, Angehörigen
und Erziehungsberechtigten

Soziale Teilhabe

Offene Hilfen Kiel	Koordination Schulen
Ihr Ansprechpartner:	Sebastian Kwacz
Postanschrift	Harmsstraße 66 24114 Kiel

Telefon:	0431/6484-412
Fax:	0431/648471-410
E-Mail:	sebastian.kwacz @drachensee.de

Datum: 29.05.2026

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

wir freuen uns, wieder am **06.bis 24. Juli 2026 an der Lilli-Nielsen-Schule (Vaasastraße 43, 24109 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 beim Caterer „Bread and Soda“:

Auf der Internetseite www.meineschulmahlzeit.de müssen Sie Ihr Kind registrieren, um für die Ferien ein Mittagessen bestellen zu können. Ansonsten wird kein Mittagessen geliefert. (BS Bread & Soda GmbH, Tel.: 0431/99078309, E-Mail: support@meineschulmahlzeit.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

19. Juni 2026

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

1

**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 **Lilli-Nielsen-Schule** an.

06. - 10.07. 2026

13. - 17.07. 2026

20. - 24.07. 2026

- Ja **Einzelbegleitung notwendig**
 Nein

Fahrdienst notwendig?

- Ja
 Nein

*Bitte schicken Sie die Anmeldung per
E-Mail an:
sebastian.kwacz@drachensee.de/
nadine.papenfuss@drachensee.de oder per
Brief an: Offene Hilfen Kiel (Stiftung
Drachensee), Harmsstr.66, 24114 Kiel*

**Die Gebühren für die Ferienbetreuung sollen wie nachstehend angekreuzt
abgerechnet werden:****Selbstzahler**

Sie bekommen nach den Ferien eine Rechnung von uns.

über die Verhinderungspflege

Im Fall einer direkten Abrechnung mit Ihrer Pflegekasse bitten wir um Hergabe einer gültigen Kostenzusage. Sollte der Anspruch bei Ihrer Pflegekasse erschöpft sein und Ihre Pflegekasse ganz oder teilweise die Rechnung nicht bezahlen, überweisen Sie bitte den ganzen oder teilweisen Betrag an die Offenen Hilfen Kiel.

über den Entlastungsbetrag

Im Fall einer direkten Abrechnung mit Ihrer Pflegekasse bitten wir um Hergabe einer gültigen Kostenzusage und einer Abtretungserklärung. Sollte der Anspruch bei Ihrer Pflegekasse erschöpft sein und Ihre Pflegekasse ganz oder teilweise die Rechnung nicht bezahlen, überweisen Sie bitte den ganzen oder teilweisen Betrag an die Offenen Hilfen Kiel.

Pflegekasse:	
Versichertennummer:	

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“ zwin-
gend 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.

Name und Art des Medikamentes	Dosierung (welche Menge pro Einnahme)	Zeitliche Vorgabe (Wann und wie häufig am Tag)	Art der Anwendung (Auftragen, Schlucken, Inhalieren etc.)	Hinweise zur Medikamentenlagerung (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