

Nachweis über die ärztliche Diagnose

Name der Einrichtung	
Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Gruppe	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass das oben genannte Kind trotz der Symptomatik eines Atemwegsinfekts

- Schnupfen
- verstopfte Nase
- Husten
- andere _____

in Absprache mit dem behandelnden Arzt telefonisch persönlich

Name des Arztes _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Datum der Diagnosestellung _____

die Kindertageseinrichtung bedenkenlos besuchen kann.

Datum	
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten	

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass sich die Kita-Leitung

Frau/Herr _____ oder deren Vertretung

Frau/Herr _____ mit der oben genannten behandelnden Ärztin/

dem oben genannten behandelnden Arzt meines Kindes telefonisch in Verbindung

setzt, um noch offene Fragen im Zusammenhang mit der festgestellten Erkrankung zu

klären.

Ich entbinde sowohl den Arzt, als auch die Kita-Leitung und deren Vertretung in diesem Zusammenhang von ihrer Schweigepflicht.

Datum	
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten	