**Anmeldung – Kindernotfallbetreuung für Mitarbeiter\*innen des Universitätsklinikums Heidelberg**

**(und deren Tochtergesellschaften und der Medizinischen Fakultät Heidelberg)**

Die Betreuungszeit ist auf max. 15 Std./Woche pro Kind beschränkt. Alter: 3 – 9 Jahre.

Die Anmeldung kann **frühestens 5 Werktage vor Bedarf** erfolgen. Für jedes Kind ist ein Anmeldebogen auszufüllen. Anmeldung PC-Fax: **06221 - (56) 6748** oder per Mail an: [**Spielzimmer.KOPF@med.uni-heidelberg.de**](mailto:Spielzimmer.KOPF@med.uni-heidelberg.de)

**ACHTUNG: Bitte fragen Sie unbedingt vorab telefonisch unter der Tel.Nr. 06221 – (56) 37436 nach, ob für die gewünschte Betreuungszeit freie Plätze vorhanden sind.**

Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gewünschter Anmeldezeitraum:

Datum von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uhrzeit von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

im Spielzimmer der Kopfklinik, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg.

**Angaben zum Kind:**

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

Vor- und Nachname Alter Geb. Datum

Bestehen Allergien z.B. gegen Gluten, Laktose, Insektenstiche? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weitere Besonderheiten, die bei der Betreuung zu beachten sind:

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

Ist das Kind das erste Mal in der Notfall-Betreuung des UKHD? Ja ☐ Nein ☐

**Angaben zur Mutter / zum Vater**

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

Vor- und Nachname

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

Klinik / Institut Funktionsbereich Funktion / Beruf

Telefonische Erreichbarkeit: intern \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer darf das Kind / die Kinder abholen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte beachten:**

* Die Backup-Betreuung ist von **Mo. – Fr. von** **8:00 bis 17:00 Uhr** geöffnet; an Wochenenden

und Feiertagen geschlossen.

* Kranke und/oder ansteckende Kinder können nicht betreut werden.
* Ihr Kind ist während der angegebenen Zeit über die „Ecclesia-Versicherung“ des Klinikums

versichert.

* **Ich versichere, dass mein Kind gesund ist und keine ansteckenden Krank-**

**heiten hat.**

* **Bei plötzlichem Auftreten von Krankheitssymptomen behalten wir uns vor,**

**ihr Kind abholen zu lassen.**

**Mit ihrer Anmeldung geben Sie Ihr Einverständnis, dass Ihr Kind an spontanen Ausflügen teilnehmen darf.**

**Mitzubringen:**

* Ausreichend Essen und Trinken
* Hausschuhe

**Zusätzlich (falls erforderlich):**

* Eigene Spielsachen und alles, was Ihr Kind zum Wohlfühlen braucht
* Wechselkleidung
* Windeln
* Sonnencreme

**Bei Abgabe auszufüllen:**

Kind/er abgegeben am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( Tag / Monat / Jahr ) ( Uhrzeit )**

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

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Unterschrift Betreuer/in

**Bei Abholung auszufüllen:**

Betreute Zeit in Stunden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kind/er abgeholt: um \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( Uhrzeit )**

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

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Unterschrift Betreuer/in