

## BETREUUNGSVERTRAG (HESSEN)

Zwischen

**dem Träger der Kindertagesstätte:**

.....  
.....

**und den Personensorgeberechtigten:**

.....  
Name, Vorname

.....  
Name, Vorname

**für das Kind:**

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

**in der Ev. Kindertagesstätte:**

Name, Adresse und Kontaktdaten der Kindertagesstätte:

.....  
.....  
.....

wird ab dem ..... für die Aufnahme in \* Krippe / Altersgeöffnete Gruppe /  
Regelgruppe ab dem 3. Lebensjahr / Hort dieser Betreuungsvertrag geschlossen.

(\* Nichtzutreffendes streichen)

Betreuungsmodul: .....

Gesamtwochenstunden / Tage: .....

Verpflegung / Wochentage: .....

Die entsprechenden **Beiträge und Betreuungsmodule** entnehmen Sie bitte der aktuellen Gebührenübersicht in der Kita.

Der Vertrag endet regulär:  im Jahr der Einschulung  zum ..... (Entlassungsdatum)

# PERSÖNLICHE ANGABEN

## 1. Angaben über das Kind

Name: .....

Vorname: .....

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Staatsangehörigkeit: ..... Religionszugehörigkeit: .....

In der Familie vorwiegend gesprochene Sprache: .....

Anschrift des Kindes: .....

.....

.....

Personensorgeberechtigte / Abholberechtigte **im Notfall** erreichbar (Änderungen bitte unverzüglich mitteilen):

Bilder optional möglich

Name: .....

Telefon: .....

mobil: .....

Bild einfügen

Name: .....

Telefon: .....

mobil: .....

Bild einfügen

Name: .....

Telefon: .....

mobil: .....

Bild einfügen



Weitere Personensorgeberechtigte / Abholberechtigte **im Notfall** erreichbar (Änderungen bitte unverzüglich mitteilen):

Name: .....

Telefon: .....

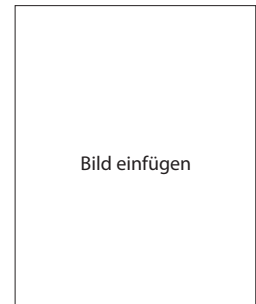
mobil: .....



Name: .....

Telefon: .....

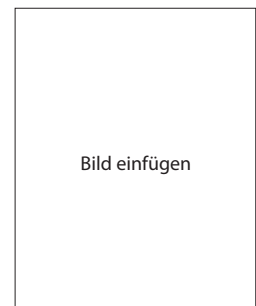
mobil: .....



Name: .....

Telefon: .....

mobil: .....



Name: .....

Telefon: .....

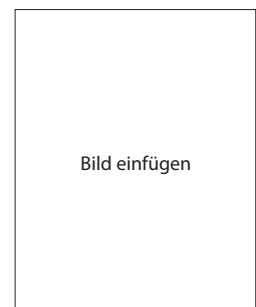
mobil: .....



Name: .....

Telefon: .....

mobil: .....



## 2. Angaben über die Eltern / Personensorgeberechtigte

	1. Elternteil	2. Elternteil
Anrede		
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift		
Telefonnummer 1		
Telefonnummer 2		
Personensorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konfession*		
Beruf*		
E-Mail*		
Sonstige Angaben		

Änderungen der relevanten persönlichen Angaben bitte unverzüglich der Leitung / dem Träger der Kindertagesstätte mitteilen.

## 3. Angaben über Geschwister

..... Name, Vorname	..... Geburtsdatum
..... Name, Vorname	..... Geburtsdatum
..... Name, Vorname	..... Geburtsdatum
..... Name, Vorname	..... Geburtsdatum
..... Name, Vorname	..... Geburtsdatum

## 4. Medizinische Angaben

Hausarzt / Hausärztin\*: .....

Telefon der Praxis\*: .....

Krankenkasse\*: .....

Hauptversicherte Person\*: .....

\* freiwillige Angaben

#### 4.1 Chronische Krankheiten\*

Asthma:  ja    Diabetes:  ja  
anerkannte Behinderung im Sinne des §2 Abs. 1 SGB IX:  ja

andere Krankheiten: .....  
.....  
.....

#### 4.2 Allergien und / oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten\*

Wenn ja, welche: .....  
.....

Ein Attest liegt vor:     ja         nein

#### 4.3 Weitere medizinische Angaben\* (z.B. Seh-, Hör- oder Bewegungsbeeinträchtigungen)

.....  
**\*Grundsätzlich gilt:** Bei notwendiger Medikamentengabe in der Kita oder einer Notfallmedikation bitte entsprechende Formulare, die von der Einrichtung ausgehändigt werden, ausfüllen und in der Kindertagesstätte hinterlegen.

**Weitere Hinweise:** Im Rahmen der Erste-Hilfe Erstversorgung dürfen Fachkräfte in der Kindertagesstätte auch Zecken oder Splitter entfernen (siehe auch unter 3.5.3 der Ordnung)

\* freiwillige Angaben

---

Die Ordnung für Kindertagesstätten der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau (13. Auflage) wurde zur Kenntnis genommen und wird anerkannt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift i.A. des Trägers

.....  
Unterschriften aller Personensorgeberechtigter (falls beide Elternteile personensorgeberechtigt sind, bitte unbedingt beide Unterschriften)

#### Anlagen zum Betreuungsvertrag

- Ordnung für Kindertagesstätten (13. Auflage)
- Impfbescheinigung / Erstaufnahme (Anlage 1)
- Einzugsermächtigung für den Elternbeitrag (Anlage 2)
- Einverständniserklärung – Recht am eigenen Bild (Anlage 3)
- Merkblatt zum Infektionsschutz

## Module in der Krippe (ausschl. KiTa Am Goldbach)

- **Modul A+** (*während der Eingewöhnung, max. 3 Monate*)  
von: 8.30-11.30 und 3x von 11.30-15.15Uhr (26,25 Stunden die Woche)  
Kosten 169 €
- **Modul A**  
Montags-freitags von 8.00-15.15 Uhr (36,25 Stunden die Woche)  
Kosten 219 €
- **Modul B**  
Montags-freitags von 7.45-12.15 Uhr (22,5 Stunden die Woche)  
Kosten 140 €
- **Modul C**  
Montags-freitags von 7.00-17.00 Uhr (50 Stunden die Woche)  
Kosten 320 €
- **Modul D**  
Montags-freitags von 7.00-15.15 Uhr (41,25 Stunden die Woche)  
Kosten 269 €

## Module im Kindergarten (beide KiTas)

- **Modul A**  
Montags-freitags von 7.00-13.00 Uhr (30 Stunden die Woche)  
kostenfrei
- **Modul B**  
Montags-freitags von 7.00-13.30 Uhr (36,5 Stunden die Woche)  
2x 14.00-16.00 Uhr  
Kosten 36 €
- **Modul B+** (*nur für Eltern mit Krippen- und KiTa- Kind*)  
Montags-freitags von 8.00-15.15 Uhr (36,25 Stunden die Woche)  
Kosten 36 €
- **Modul C**  
Montags-freitags von 7.30-14.00 Uhr (36,5 Stunden die Woche)  
2x 14.00-16.00 Uhr  
Kosten 36 €
- **Modul D**  
Montags-freitags von 7.00-17.00 Uhr (50 Stunden die Woche)  
Kosten 112 €

## Module im Hort (ausschl. KiTa Königskinder)

- **Modul A (3 Tage)**  
Kosten 120 € (21 Stunden die Woche)
- **Modul B (5 Tage)**  
Kosten 179 € (35 Stunden die Woche)  
(Modul A&B von 7:00-8:30 Uhr und von 11:00-16:30 Uhr)

# ANLAGE 1

<b>Impfbescheinigung</b> zur Vorlage bei einer Kindergemeinschaftseinrichtung									
<b>Name, Vorname des Kindes:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>							
<b>Adresse:</b>									
Datum der voraussichtlichen Aufnahme in die Gemeinschaftseinrichtung:			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
Es sind alle dem Alter entsprechenden öffentlich empfohlenen Impfungen zum o.g. Tag der Aufnahme erfolgt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>									
Zusätzlich sind weitere Impfungen erfolgt, wie z.B.:									
Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung nicht möglich ist: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>									
Impfungen gegen folgende Krankheiten <b>fehlen</b> o. wurden <b>unvollständig</b> durchgeführt:									
<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Rotavirus					
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Pneumokokken						
<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Meningokokken C						
<b>Ort,</b>	<b>Datum</b>	<b>Unterschrift Ärztin / Arzt</b>	<b>Arztstempel</b>						
<b>Dokumentation über die Verweigerung von Impfungen</b>									
Ich wurde von meiner Ärztin/meinem Arzt im Hinblick auf einen vollständigen, altersgemäßen, ausreichenden Impfschutz beraten und darüber informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die oben erwähnten Krankheiten bei meinem Kind fehlen oder unvollständig sind.									
Ich möchte <b>nicht</b> , dass diese Impfungen bei meinem Kind nachgeholt werden.									
Meine Ärztin/mein Arzt hat mich über die Möglichkeit aufgeklärt, dass mein Kind deshalb nach §§28 (2) und 34 Infektionsschutzgesetz im Falle eines Krankheitsausbruchs vom Gesundheitsamt aus der Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann.									
<b>Datum</b>		<b>Unterschrift der / des Personensorgeberechtigten</b>							

<b>Ärztliche Bescheinigung zum Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)</b>									
<b>Name, Vorname des Kindes:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>							
<b>Adresse:</b>									
Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG ausreichender Masernschutz vorliegt:									
<input type="checkbox"/> 2 Masernimpfungen*	<input type="checkbox"/> 1 Masernimpfung**	<input type="checkbox"/> Immunität gegen Masern***							
<b>Befreiung von einer Masern-Impfung:</b>									
<input type="checkbox"/> Es liegt eine <u>dauerhafte</u> medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.									
<input type="checkbox"/> Es liegt eine <u>vorübergehende</u> medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer zur Zeit nicht gegen Masern geimpft werden kann; eine erneute Impffähigkeit ist ab folgendem Datum zu prüfen:									
			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
<b>Ort,</b>	<b>Datum</b>	<b>Unterschrift Ärztin / Arzt</b>	<b>Arztstempel</b>						

\* ausreichend für Kinder nach vollendetem 2. Lebensjahr / \*\* ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr / \*\*\* serologischer Labornachweis



## ANLAGE 2

Ev. Regionalverwaltungsverband (im Folgenden genannt „Ev. Regionalverwaltungsverband“)
Im Auftrag des Trägers

Gläubiger-Identifikationsnummer	Mandatsreferenz: bei der ersten Abbuchung wird die Mandatsreferenz-Nummer auf dem Kontoauszug mitgeteilt.
Betreuungsvertrags-Nr.	Name des betreuten Kindes

### Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**1. Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige den Ev. Regionalverwaltungsverband widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen.

**2. SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Ev. Regionalverwaltungsverband Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Ev. Regionalverwaltungsverband auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich der Ev. Regionalverwaltungsverband über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.  
Die Einzugsermächtigung erlischt dann.

Vorname und Name (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

Kreditinstitut (Name)		BIC(8 oder 11 Stellen)																			
IBAN		Bankleitzahl										Kontonummer									
D E																					
Bankleitzahl(max. 8 Stellen)											Kontonummer(max. 10 Stellen)										

Datum, Ort und Unterschrift (Kontoinhaber)
--



### Einverständniserklärung – RECHT AM EIGENEN BILD

In der Kindertagesstätte werden Foto- und Videoaufnahmen hergestellt. Im Rahmen des pädagogischen Förderauftrages nach § 22 SGB VIII sind sie erforderlich und werden für die Bildungsdokumentationen der Kinder, wie z. B. Portfolio oder Ich-Bücher und nur zum internen Gebrauch genutzt. Nach Beendigung des Betreuungsverhältnisses werden die Bildungsdokumentationen den Kindern bzw. ihren Eltern / Personensorgeberechtigten übergeben.

Für alle anderen nachfolgenden Veröffentlichungen werden Sie um ihre Einwilligung gebeten:

Ich bin / wir sind einverstanden, dass von

meiner / unserer Person /en .....  
Name/n

meinem / unserem Kind .....  
Name

Foto- und / oder Filmaufnahmen (mit mehr als drei Personen) erstellt werden. Die Einwilligung umfasst folgende Veröffentlichungen:

- Präsentationen der Bildungsdokumentation (innerhalb der Kindertagesstätte)
- Informationsflyer / Broschüre der Kindertagesstätte
- Artikel / Berichte in örtlichen Zeitungen, Gemeindebrief, Homepage
- Gruppenfotos
- Weitergabe an andere Eltern\* – z. B. Dokumentationen von Ausflügen, Projekten, Festen

**\*HINWEIS:**

Zum Schutz der Kinder sind diese Aufnahmen grundsätzlich nur zur persönlichen, privaten Nutzung der Eltern vorgesehen. Eine Weitergabe an Dritte und Veröffentlichungen in sozialen Medien (z. B. Youtube, WhatsApp, Facebook, Instagram und sonstigen sozialen Medien) sind nicht gestattet.

**Für die Verwendung von Einzelaufnahmen mit bis zu drei Kindern / Personen oder Tonaufnahmen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Homepage der Kindertagesstätte oder der Gemeinde, Träger, Presse) wird das jeweilige Bild oder die Tonaufnahme vorab zur Freigabe den Personensorgeberechtigten vorgelegt und das Einverständnis schriftlich eingeholt.**

Diese Einwilligung wird freiwillig erteilt und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen bei der Leitung oder dem pädagogischen Fachpersonal für die Zukunft widerrufen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschriften aller Personensorgeberechtigter

# EINWILLIGUNG ZUM DATENAUSTAUSCH ZWISCHEN KINDERTAGESSTÄTTE UND Therapiepraxis Arztpraxis Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Frühförderung

Name und Anschrift der Kindertagesstätte:

.....  
.....  
.....

Name und Anschrift der betreuenden Stelle:

.....  
.....  
.....

Name des Kindes: .....

Das oben genannte Kind wird in der o.g. Kindertagesstätte betreut und ist gleichzeitig in Betreuung/Behandlung bei der oben näher bezeichneten Stelle.

Um die Förderung des Kindes optimal aufeinander einzustellen, ist eine fachliche Zusammenarbeit der päd. Fachkräfte mit der betreuenden/behandelnden Stelle notwendig. Hierzu gehören gemeinsame Gespräche über:

- den Gesundheitszustand des Kindes,
- den Entwicklungsstand und die besonderen Bedürfnisse des Kindes,
- die jeweils vorzunehmenden Förderungsmaßnahmen und Unterstützungsleistungen,
- den Behandlungsfortschritt und die Wirkungen auf die Entwicklung des Kindes.

Die Personensorgeberechtigten erklären ihr Einverständnis, dass die zuständigen Fachkräfte der Kita mit der betreuenden/behandelnden Stelle in der genannten Weise zum Wohl des Kindes zusammenarbeiten und die hierfür erforderlichen Informationen zwischen den Beteiligten ausgetauscht werden.

Diese Einwilligung wird freiwillig erteilt. Die Personensorgeberechtigten sind darüber informiert worden:

- dass die Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden kann, ohne dass das Kind hierdurch Nachteile hat,
- dass die Einwilligung automatisch mit dem Ende des Betreuungsvertrages erlischt,
- dass sie in Gespräche einbezogen werden, wenn über die Lebenssituation des Kindes in der Familie gesprochen werden soll,
- dass sie ein Recht auf Einsicht in alle Unterlagen haben, die das eigene Kind betreffen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschriften aller Personensorgeberechtigter

# EINWILLIGUNG ZUM DATENAUSTAUSCH MIT DER GRUNDSCHULE

Name und Anschrift der Kindertagesstätte:

.....  
.....  
.....

Name und Anschrift der Grundschule:

.....  
.....  
.....

Name des Kindes: .....

Ich erkläre mich / Wir erklären uns damit einverstanden, dass sich im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen Kindertagesstätte und Grundschule die zuständigen Mitarbeitenden im Hinblick auf die Einschulung meines / unseres Kindes austauschen.

Die Fachkräfte können Beobachtungen und Dokumentationen über den Entwicklungsprozess und den Entwicklungsstand meines / unseres Kindes zum Zweck einer angemessenen pädagogischen Gestaltung des Übergangs an die Schule weitergeben, um die Kontinuität von Bildung und Erziehung zu gewährleisten.

Diese Einwilligung wird freiwillig erteilt. Die Personensorgeberechtigten sind darüber informiert worden:

- dass die Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden kann, ohne dass das Kind hierdurch Nachteile hat,
- dass die Einwilligung automatisch mit dem Ende des Betreuungsvertrages erlischt,
- dass sie in Gespräche einbezogen werden, wenn über die Lebenssituation des Kindes in der Familie gesprochen werden soll,
- dass sie ein Recht auf Einsicht in alle Unterlagen haben, die das eigene Kind betreffen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschriften aller Personensorgeberechtigter



Stempel der Einrichtung

## GEMEINSAM VOR INFEKTIONEN SCHÜTZEN

### Belehrung für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte durch Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Abs. 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz

In Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten, Schulen oder Ferienlagern befinden sich viele Menschen auf engem Raum. Daher können sich hier Infektionskrankheiten besonders leicht ausbreiten.

Aus diesem Grund enthält das Infektionsschutzgesetz eine Reihe von Regelungen, die dem Schutz aller Kinder und auch des Personals in Gemeinschaftseinrichtungen vor ansteckenden Krankheiten dienen. Über diese wollen wir Sie mit diesem **Merkblatt** informieren.

#### 1. Gesetzliche Besuchsverbote

Das Infektionsschutzgesetz schreibt vor, dass ein Kind **nicht in den Kindergarten, die Schule oder eine andere Gemeinschaftseinrichtung gehen darf**, wenn es an bestimmten Infektionskrankheiten erkrankt ist oder ein entsprechender Krankheitsverdacht besteht. Diese Krankheiten sind in der **Tabelle 1** auf der folgenden Seite aufgeführt.

Bei einigen Infektionen ist es möglich, dass Ihr Kind die Krankheitserreger nach durch-gemachter Erkrankung (oder seltener: ohne krank gewesen zu sein) ausscheidet. Auch in diesem Fall können sich Spielkameraden, Mitschüler/-innen oder das Personal anstecken. Nach dem Infektionsschutzgesetz ist deshalb vorgesehen, dass die „**Ausscheider**“ bestimmter Bakterien nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes** und **unter Beachtung der festgelegten Schutzmaßnahmen** wieder in eine Gemeinschaftseinrichtung gehen dürfen (**Tabelle 2** auf der folgenden Seite).

Bei manchen besonders schwerwiegenden Infektionskrankheiten muss Ihr Kind bereits dann zu Hause bleiben, wenn **eine andere Person bei Ihnen im Haushalt** erkrankt ist oder der Verdacht auf eine dieser Infektionskrankheiten besteht (**Tabelle 3** auf der folgenden Seite).

Natürlich müssen Sie die genannten Erkrankungen nicht selbst erkennen können. Aber Sie sollten bei einer ernsthaften Erkrankung Ihres Kindes ärztlichen Rat in Anspruch nehmen (z.B. bei hohem Fieber, auffälliger Müdigkeit, wiederholtem Erbrechen, Durchfällen und anderen ungewöhnlichen oder besorgniserregenden Symptomen). Ihr/-e Kinderarzt/-ärztin wird Ihnen darüber Auskunft geben, ob Ihr Kind eine Erkrankung hat, die einen Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung nach dem Infektionsschutzgesetz verbietet.

Gegen einige der Krankheiten stehen Schutzimpfungen zur Verfügung. Ist Ihr Kind ausreichend geimpft, kann das Gesundheitsamt darauf verzichten, ein Besuchsverbot auszusprechen.

#### 2. Mitteilungspflicht

Falls bei Ihrem Kind aus den zuvor genannten Gründen ein Besuchsverbot besteht, **informieren Sie uns bitte unverzüglich darüber und über die vorliegende Krankheit**. Dazu sind Sie gesetzlich verpflichtet und tragen dazu bei, dass wir zusammen mit dem **Gesundheitsamt** die notwendigen Maßnahmen gegen eine Weiterverbreitung ergreifen können.

### 3. Vorbeugung ansteckender Krankheiten

Gemeinschaftseinrichtungen sind nach dem Infektionsschutzgesetz verpflichtet, über allgemeine Möglichkeiten zur Vorbeugung ansteckender Krankheiten aufzuklären.

Wir empfehlen Ihnen daher unter anderem darauf zu achten, dass Ihr Kind allgemeine Hygieneregeln einhält. Dazu zählt vor allem das **regelmäßige Händewaschen** vor dem Essen, nach dem Toilettenbesuch oder nach Aktivitäten im Freien.

Ebenso wichtig ist ein **vollständiger Impfschutz** bei Ihrem Kind. Impfungen stehen teilweise auch für solche Krankheiten zur Verfügung, die durch Krankheitserreger in der Atemluft verursacht werden und somit durch allgemeine Hygiene nicht verhindert werden können (z.B. Masern, Mumps und Windpocken). Weitere Informationen zu Impfungen finden Sie unter: [www.impfen-info.de](http://www.impfen-info.de).

**Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre/n Haus- oder Kinderarzt/-ärztin oder an Ihr Gesundheitsamt. Auch wir helfen Ihnen gerne weiter.**

Tabelle 1: **Besuchsverbot** von Gemeinschaftseinrichtungen und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten

<ul style="list-style-type: none"><li>• ansteckende Borkenflechte (Impetigo contagiosa)</li><li>• ansteckungsfähige Lungentuberkulose</li><li>• bakterieller Ruhr (Shigellose)</li><li>• Cholera</li><li>• Darmentzündung (Enteritis), die durch EHEC verursacht wird</li><li>• Diphtherie</li><li>• durch Hepatitisviren A oder E verursachte Gelbsucht/Leberentzündung (Hepatitis A oder E)</li><li>• Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien</li><li>• infektiöser, das heißt von Viren oder Bakterien verursachter, Durchfall und /oder Erbrechen (gilt nur für Kindern unter 6 Jahren)</li><li>• Keuchhusten (Pertussis)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kinderlähmung (Poliomyelitis)</li><li>• Kopflausbefall (wenn die korrekte Behandlung noch nicht begonnen wurde)</li><li>• Krätze (Skabies)</li><li>• Masern</li><li>• Meningokokken-Infektionen</li><li>• Mumps</li><li>• Pest</li><li>• Scharlach oder andere Infektionen mit dem Bakterium <i>Streptococcus pyogenes</i></li><li>• Typhus oder Paratyphus</li><li>• Windpocken (Varizellen)</li><li>• virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola)</li></ul>
--	--

Tabelle 2: Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes** und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei **Ausscheidung** folgender Krankheitserreger

<ul style="list-style-type: none"><li>• Cholera-Bakterien</li><li>• Diphtherie-Bakterien</li><li>• EHEC-Bakterien</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Typhus- oder Paratyphus-Bakterien</li><li>• Shigellenruhr-Bakterien</li></ul>
---	---

Tabelle 3: **Besuchsverbot** und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten **bei einer anderen Person in der Wohngemeinschaft**

<ul style="list-style-type: none"><li>• ansteckungsfähige Lungentuberkulose</li><li>• bakterielle Ruhr (Shigellose)</li><li>• Cholera</li><li>• Darmentzündung (Enteritis), die durch EHEC verursacht wird</li><li>• Diphtherie</li><li>• durch Hepatitisviren A oder E verursachte Gelbsucht/Leberentzündung (Hepatitis A oder E)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien</li><li>• Kinderlähmung (Poliomyelitis)</li><li>• Masern</li><li>• Meningokokken-Infektionen</li><li>• Mumps</li><li>• Pest</li><li>• Typhus oder Paratyphus</li><li>• virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola)</li></ul>
--	--