

Diabetes gemeinsam im Dialog

Gesprächsleitfaden und Protokoll für Sorgeberechtigte und Kita-Personal

Dieses Gespräch dient dazu, ein gemeinsames Verständnis für den Diabetes des Kindes zu entwickeln und Sicherheit im Kita-Alltag zu schaffen. Ziel ist es, klare **Absprachen** zu treffen, **Zuständigkeiten** festzulegen und ein verlässliches Vorgehen für Alltagssituationen sowie für Notfälle zu vereinbaren. Grundlage ist eine offene und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Sorgeberechtigten und Kita.

Name des Kindes:

Datum:

Ort:

Teilnehmende Personen

- ☐ Sorgeberechtigte
- ☐ Kitaleitung
- ☐ Pädagogische Fachkräfte
- ☐ Sonstige (z. B. Ergänzungskräfte, Heilpädagogen)

Medizinische Basisinformationen

z. B. Therapieform und Hilfsmittel (z. B. Insulinpen, Insulinpumpe, Sensor)

Wichtige Hinweise zum Diabetes des Kindes

z. B. typische Symptome, Besonderheiten im Alltag, technische Hilfsmittel

Verantwortliche im Kita-Alltag

Kontaktperson in der Kita:

Name

Kontakt

Vertretung:

Name

Kontakt

Kontaktperson aus der Familie:

Name

Kontakt

Vertretung:

Name

Kontakt

Maßnahmen und Zuständigkeiten im Kita-Alltag

Situation / Zeitpunkt	Maßnahme *	Zuständige Person

*z. B. Kohlenhydrate berechnen, Blutzucker messen, Insulin geben, Werte kontrollieren, Rückmeldung geben, (Zwischen-)Mahlzeit einnehmen

Aufbewahrung von Materialien

z. B. Messgerät, Insulin, Ersatzbatterien, Notfallbox

Vereinbarungen für Ausflüge, Sport, Feste

z. B. Vorbereitung von Mahlzeiten mit bekannten Kohlenhydratmengen, eine vorbereitete „Süßigkeitenbox“, Erreichbarkeit der Kontaktperson, zusätzliche Unterstützung, Anpassung der Pumpeneinstellungen

Weitere Vereinbarungen

z. B. Schulungen, Umgang mit technischen Hilfsmitteln und Alarmen, Information der Kita-Gemeinschaft, Sicherstellung des Materialnachschiebs, Vertretungsregelungen

Notfallmanagement

Unterzuckerung

Liegt vor bei:

Blutzucker unter: ____mg/dl

Gerätealarm:

Anzeichen:

Maßnahmen:

Sofortmaßnahmen:

Kontrolle nach ____ Minuten:

Überzuckerung

Liegt vor bei:

Blutzucker über: ____mg/dl

Gerätealarm:

Anzeichen:

Maßnahmen:

Sofortmaßnahmen:

Kontrolle nach ____ Minuten:

Notfallbox

Aufbewahrungsort:

Nächster Termin zur gemeinsamen Abstimmung

Unterschriften und Bestätigung der Absprachen

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Beteiligten die getroffenen Absprachen

Sorgeberechtigte

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Kita (Leitung / pädagogische Fachkraft)

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Weitere Beteiligte

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

