



Einverständniserklärung Medikamentenverabreichung

1. Vom Arzt auszufüllen

Name des Kindes: _____ geboren am: _____
 Name des Arztes/der Ärztin: _____ Telefon im Notfall: _____
 Vertretungsarzt/-ärztin: _____ Telefon im Notfall: _____

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1. Medikament	2. Medikament
Name		
Darreichungsform		
Empfohlene Lagerung		
Morgens		
Uhrzeit		
Dosierung		
Mittags		
Uhrzeit		
Dosierung		
Nachmittags		
Uhrzeit		
Dosierung		

Bemerkungen zur Verabreichung/Dauer der Einnahme etc.: _____

 Ort, Datum

 Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

2. Von den Sorgeberechtigten auszufüllen

Hiermit ermächtige(n) ich/wir, _____ (Name der Eltern) die Erzieher/innen der Elterninitiative Kindertagesstätte „Villa Kunterbunt“ unserem Kind _____ (Name des Kindes) die oben aufgeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen. Ich habe unten aufgeführte Hinweise gelesen und zur Kenntnis genommen.

Hinweise:

1. Es gibt keinen allgemeinen Anspruch auf die Gabe von Medikamenten durch pädagogisches Personal. Die Zustimmung des pädagogischen Personals, ein Medikament zu verabreichen, kann zu jedem Zeitpunkt zurückgezogen werden, der Sorgeberechtigte wird umgehend darüber informiert.
2. Ich weiß, dass eine Einnahme ausschließlich zu fest vorgegebenen Zeiten und in festgelegter Dosis erfolgen kann. Eine Einnahme bei Bedarf oder bei Eintritt bestimmter Krankheitszeichen beim Kind kann durch die Erzieher/innen nicht veranlasst werden.
3. Ich stelle die Erzieher/innen sowie den Träger der Kindertagesstätte von jeglichen Haftungsansprüchen frei, die im Zusammenhang mit der Einnahme oder Nichteinnahme von Medikamenten durch mein Kind entstehen.
4. Ich habe in diesem Zusammenhang zur Kenntnis genommen, dass die Erzieher/innen in keiner Weise für eine solche Tätigkeit ausgebildet sind.
5. Ich versichere ferner, dass die genannten Medikamente nach ärztlicher Auskunft keine lebensbedrohlichen Nebenwirkungen haben.
6. Die Medikamente stelle ich zur Verfügung. Das/die Medikament/e ist/sind mit Namen des Kindes versehen. Diese werden durch die Kindertagesstätte nur so lange aufbewahrt, wie eine durchgehende Einnahme durch das Kind erforderlich ist. Danach werden die Restbestände vernichtet oder an die Eltern zurückgegeben.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Ich bin unter folgender Nummer jederzeit erreichbar: _____