

Einverständniserklärung Medikamentenverabreichung

1. Vom Arzt auszufüllen

Name des Kindes: _____ geboren am: _____

Name des Arztes/derÄrztin: _____ Telefon im Notfall: _____

Vertretungsarzt/-ärztin: _____ Telefon im Notfall: _____

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1. Medikament	2. Medikament	3. Medikament
Name			
Darreichungsform			
Empfohlene Lagerung			
morgens:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
mittags:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
nachmittags:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
abends:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
nachts:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:

Bemerkungen zur Verabreichung/Dauer der Einnahme etc.: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin:

II. Von den Sorgeberechtigten auszufüllen

Hiermit ermächtige(n) wir/ich, _____ (Name der Eltern) die Erzieher/-innen
_____ (Namen der Erzieherinnen) der Tageseinrichtung _____
_____ (Name der Einrichtung) unserem Kind _____
_____ (Name des Kindes) die oben aufgeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten
zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

III. Von den ermächtigten Erzieherinnen auszufüllen

Hiermit verpflichten wir, _____ (Namen der Erzieherinnen),
uns, die oben aufgeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten in der angegebenen
Dosierung zu verabreichen, die Medikamente wie empfohlen zu lagern, das Verfallsdatum zu
kontrollieren sowie drohenden Fehlbestand den Sorgeberechtigten rechtzeitig zu melden.

Ort, Datum

Unterschrift der Erzieherinnen

Anmerkung: Punkt III. wurde der Vollständigkeit halber in das Formular mit aufgenommen. Die Einverständniserklärung ist aber auch dann rechtsgültig, wenn auf diesen Punkt verzichtet werden sollte.