

Vereinbarung zur Gabe ärztlich verordneter Medikamente (die NICHT außerhalb der  
Betreuungszeit verabreicht werden können) durch das pädagogische Fachpersonal in der  
Wald- und NaturKita „Pusteblume“ e. V.

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Die Medikamentengabe erfolgt auf Wunsch und Gefahr der Personensorgeberechtigten und ausschließlich  
auf Anordnung des zuständigen Arztes. Eine Haftung der Kita ist ausgeschlossen.

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten verabreicht werden:

	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Bemerkung/Dauer der Verabreichung		

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
Besondere Gebrauchshinweise		

Ermächtigung aller Personensorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/wir

\_\_\_\_\_  
Namen aller Personensorgeberechtigten

das pädagogische Personal der

Wald- und NaturKita „Pusteblume“ e. V.  
Karlsbader Straße 122 , 09465 Sehmatal-Neudorf

meinem/ unserem Kind

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aller Personensorgeberechtigten

Übergabe/Übernahme an/von Erzieher/in  
Vereinbarung und Medikament/e hat entgegengenommen: \_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Vereinbarung und Medikament/e wurden übergeben an: \_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

	Datum	Uhrzeit	Signum		Datum	Uhrzeit	Signum
1				26			
2				27			
3				28			
4				29			
5				30			
6				31			
7				32			
8				33			
9				34			
10				35			
11				36			
12				37			
13				38			
14				39			
15				40			
16				41			
17				42			
18				43			
19				44			
20				45			
21				46			
22				47			
23				48			
24				49			
25				50			