

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

das pädagogische Personal der

meinem/unsere/m Kind

die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Namen aller Personensorgeberechtigten

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

Name des Kindes

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			