

Einverständniserklärung Medikamentengabe / Notfallmedikation

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Benanntes Kind muss aufgrund folgender ärztlicher Diagnose _____

während des Kita-Besuches folgende Medikamente einnehmen:

Medikation (Erneuerung aller 6 Monate)	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
Verabreichungsart (z.B. Tropfen, Tablette, usw.)		
Dosierung in der Kindertageseinrichtung	<input type="checkbox"/> morgens _____ Uhr <input type="checkbox"/> mittags _____ Uhr <input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr <input type="checkbox"/> im Notfall	<input type="checkbox"/> morgens _____ Uhr <input type="checkbox"/> mittags _____ Uhr <input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr <input type="checkbox"/> im Notfall
Dauer der Einnahme		
Hinweise zur Einnahme (z.B. vor/nach Mahlzeit, Wechselwirkung usw.)		
Lagerungshinweise für Medikament		
Notfallsymptome		
Vorgehen im Notfall (Notfallplan als Anlage mitgeltend)		

Aus ärztlicher Sicht ist die Medikamentengabe während des von den Personensorgeberechtigten mitgeteilten Besuches der Kindertageseinrichtung unbedingt notwendig und kann nicht auf Zeiten vor oder nach dem Besuch der Kindertageseinrichtung verschoben werden.

Name, Vorname der Ärztin/des Arztes _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

erstellt		gültig	überarbeitet	Seite 1 2
23.07.2020	FA, FB	01.10.2020	30.09.2021	

Ermächtigung der pädagogischen Fachkräfte zur Medikamentengabe und Schweigepflichtsentbindung gegenüber behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt

Hiermit ermächtige/-n ich/ wir die pädagogischen Fachkräfte der Kindereinrichtung

Hort Johannesschule – Dresdner Straße 21/23 – 01662 Meißen

Name der Kindertageseinrichtung

meinem / unserem Kind

(Name des Kindes)

Das/die ärztlich verordnete(n) Medikament(e) in beschriebener Art und Weise zu verabreichen.

Es ist mir/uns bewusst, dass pädagogisch Fachkräfte über keine medizinische Ausbildung verfügen und während des Kita-Betriebs Fehler bei der Medikamentengabe unbeabsichtigt unterlaufen können.

Hiermit entbinde ich/entbinden wir oben genannte Ärztin/genannten Arzt und die Leiterin der Kindertageseinrichtung von der Schweigepflicht bezüglich Rückfragen der Medikamentengabe.

Wichtige Hinweise aus Sicht der/des Personensorgeberechtigten

Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1

Datum/Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 2

Datum der Entgegennahme

Unterschrift Einrichtungsleitung

erstellt		gültig	überarbeitet	Seite 2 2
23.07.2020	FA, FB	01.10.2020	30.09.2021	