

Verabreichung von Medikamenten



Dem Kind _____ (geboren am _____) müssen folgende Medikamente verabreicht werden.

Name der Medikation	Zeitliche Vorgabe	Dosierung und Lagerung	Form der Verabreichung

Bei anlassbezogenen Medikamenten oder auch bei Notfallmedikation geben Sie zusätzlich entsprechende Instruktionen (Anlass bzw. Anzeichen eines Notfalls) an die pädagogischen Mitarbeiter*innen weiter.

Folgendes ist zu beachten: _____

Die Eltern/Sorgeberechtigten haben mich diesbezüglich von meiner Schweigepflicht entbunden.

Ich stehe für Rückfragen dem Kindergarten Heiligkreuz zur Verfügung.

Datum

Unterschrift und Stempel des/r Arztes/Ärztin

Ermächtigung der Eltern/Sorgeberechtigten
zur Verabreichung von Medikamenten



Hiermit erkläre ich

Frau/Herr/Divers Vorname _____ Nachname _____,

mich damit einverstanden,

dass mein Kind _____ (geboren am _____)

bei seinem Aufenthalt/Betreuung im Kindergarten Heiligkreuz durch eine*n
pädagogische*n Mitarbeiter*in, die durch den Arzt festgelegten Medikamente
regelmäßig oder in Ausnahmefällen, verabreicht werden.

Es ist mir bewusst, dass das pädagogische Personal keine medizinische Ausbildung
besitzt.

Ich stelle hiermit ausdrücklich, bezüglich der Verabreichung der aufgeführten
Medikamente, die handelnde pädagogische Fachkraft von Haftungsansprüchen auf
Grund fahrlässigen Verhaltens/Unterlassens meinerseits oder meines Kindes frei.

Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten