

Einverständniserklärung Medikamentengabe

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Benanntes Kind muss aufgrund folgender ärztlicher Diagnose _____
während des Besuches der Kindertagespflegestelle folgende Medikamente einnehmen:

Name des Medikaments:		
Verabreichungsart:	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Salbe <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Salbe <input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> _____
Regelmedikation	morgens _____ Uhr	morgens _____ Uhr
Zeiten	mittags _____ Uhr	mittags _____ Uhr
Dosierung	nachmittags _____ Uhr	nachmittags _____ Uhr
ggf. zu beachtende Wechselwirkungen :	_____	_____
Einnahmedauer:		
Besondere Lagerung: (z. B. Kühlung)		

Aus ärztlicher Sicht ist die Medikamentengabe während des von den Personensorgeberechtigten mitgeteilten Besuches der Kindertagespflegestelle (KTPS) unbedingt notwendig und kann nicht auf Zeiten vor oder nach dem KTPS-Besuch verschoben werden. Die Personensorgeberechtigten des Kindes haben mich in Bezug auf die Medikamentengabe von meiner Schweigepflicht entbunden, für etwaige Rückfragen stehe ich zur Verfügung:

Name, Telefon-Nr. der Ärztin/des Arztes: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
Arzt/Ärztin

Ermächtigung der Kindertagespflegeperson zur Medikamentengabe

Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir die Kindertagespflegeperson

Name, Vorname

meinem/unsere(m) Kind _____
Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

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

Es ist mir/uns bewusst, dass Kindertagespflegepersonen in der Regel über keine medizinische Ausbildung verfügen und während des Alltags in der Kindertagespflegestelle Fehler bei der Medikamentengabe unbeabsichtigt unterlaufen können.

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 1

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte(r) 2

Datum der Entgegennahme

Unterschrift der Kindertagespflegeperson