



MEDIKAMENTENGABE IN UNSERER RASSELBANDE

ERKLÄRUNG DES BEHANDELNDEN ARZTES

Folgende Medikamente müssen regelmäßig zu den unten aufgeführten Anlässen und Zeiten verabreicht werden.

Name des Kindes, das auf die Medikamente angewiesen ist

Name des zuständigen Arztes

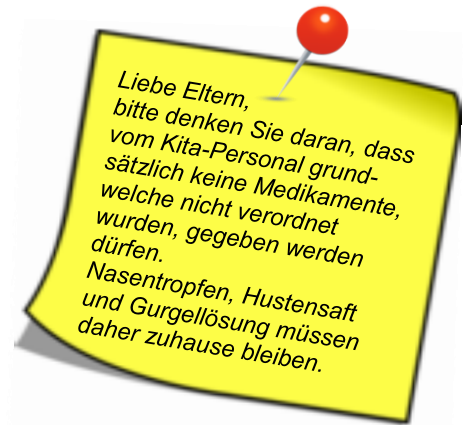
Telefonnummer

Diagnose für die notwendige Medikamentengabe in der Kindertageseinrichtung

Folgende Verabreichungsweise wird ärztlich angeordnet:

| | | | |
|------------------------------|--|--|--|
| Name des Medikamentes | | | |
| Dosierung | | | |
| Uhrzeit | | | |
| Verabreichung | | | |
| Dauer der Einnahme | | | |
| Bemerkung | | | |

Ort, Datum Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes



ERKLÄRUNG DER ELTERN nur in Verbindung mit der Erklärung eines Arztes

Hiermit ermächtige/-n ich/wir _____,
Name der Eltern/Sorgeberechtigten

dass die/der unterwiesenen _____, Erzieher/-in der
Name des/der Erziehers/Erzieher

Rasselbande meinem/unserem Kind _____ die
Name des Kindes

genannten Medikaments in entsprechenden Dosierung und Verabreichungsform abzugeben, siehe Erklärung des behandelnden Arztes.

Ort, Datum Unterschrift d. Eltern/Sorgeberechtigten

ERKLÄRUNG DES TRÄGERS

Hiermit willige ich als Träger ein, dass die oben aufgeführten unterwiesenen Erzieherinnen die Medikamentengabe durchführen.

Ort, Datum Unterschrift Träger