

BEAUFTRAGUNG ÜBER DIE MEDIKAMENTENGABE IN DER KITA

Bitte um die Vergabe von Medikamenten an mein/unser Kind

Hiermit bitte/n wir/ich die Mitarbeiter/innen der Kindertagesstätte
Kindergarten & Familienzentrum Apfelbaum, Am Neumarkt 23-25, 41849 Wassenberg

Namen der Mitarbeiter/innen

ausdrücklich darum, wie rückseitig dargestellt das Medikament zu verabreichen. Durch meine/unsere Unterschrift bestätige/n wir/ich, dass das oben genannte Medikament ärztlich verordnet ist und nicht unter die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes fällt.

Ich/wir stelle/n die Kindertageseinrichtung, vertreten durch die Leitung und die jeweiligen Gruppenmitarbeiter/innen (ausgenommen Praktikantinnen und Auszubildende) frei von jeglicher Haftung. Dies geschieht auch für den Fall, dass Personenschäden (auch Dritter) durch die Einnahme der ausgehändigten Medikamente entstehen sollten.

Besondere Hinweise

Maßnahmen, die im Notfall zu ergreifen sind

Name und Telefonnummer des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin

Datum, Unterschrift der Sorgeberechtigten

Medikamentengabe / Aufgabenübertragung an folgende Person(en):

Name des Kindes: _____

Kita-Gruppe: _____

Verabreichung (vom Arzt auszufüllen)

Medikament (Name der Arznei): _____

Dosierung: _____

(Welche Menge pro Einnahme)

Art der Anwendung: _____

(Auftragen, Schlucken etc.)

Zeitliche Vorgabe: _____

(Wann und wie häufig pro Tag?)

Wechselwirkungen: _____

(Was ist zu beachten?)

Ärztliche Verordnung

Die Medikamentengabe ist medizinisch notwendig, ärztlich verordnet und muss während der Betreuungszeit im Kindergarten erfolgen; eine Verabreichung vor oder nach der Betreuung ist nicht möglich.

Datum, Unterschrift des/der Arztes/Ärztin

Ort der Lagerung:

(grundsätzlich nicht über 25 °C)

Besondere Hinweise: _____

Der Name des Kindes ist auf dem Medikament vermerkt.