

## 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 Rosengarten, Schulstr.1, 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.**