Medikamentengabe in Tageseinrichtungen für Kinder

Städtische Kindertagesstätte „Abenteuerland“
Greiner Straße 6a, 69239 Neckarsteinach-Darsberg

Vereinbarung über die Gabe von ärztlich verordneten NOTFALL-Medikamenten

Mein / Unser Kind _____

ist in Behandlung bei

Arzt: _____

Anschrift: _____

_____

Zur Behandlung von akuten Notfällen im Sinne der Ziffer 5 des Betreuungsvertrages wurde durch den oben genannten Arzt das Medikament verordnet:

_____

Es soll beim Auftreten folgender Beschwerden verabreicht werden:

_____

Das Medikament muss folgendermaßen gelagert werden:

im Kühlschrank: _ ja _ nein

im verschlossenen Medikamentenschrank: _ ja _ nein

Besonderheiten im Umgang mit dem Medikament:

_____

_____

Der/Die Erziehungsberechtigte/n erklärt/en sich damit einverstanden, dass das o.g. Medikament - nach Absprache mit der Leitung der Städtischen Kindertagesstätte - von dem zuständigen Mitarbeiter verabreicht werden darf.

_____

Name/n des/der Personensorgeberechtigten

_____ _____

Ort, Datum *Unterschrift des/r Personensorgeberechtigten*