



Gemeinde Fuldabrück

Der Gemeindevorstand

Erklärung zur Verabreichung von Medikamenten aufgrund einer Behinderung, chronischer oder akuter Erkrankung

Medikation des Arztes

Name des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Bezeichnung der Erkrankung, bzw. Behinderung		
Erkrankung ist		
ansteckend	nicht ansteckend	nicht mehr ansteckend
Name des Medikamentes	Dosierung	
Sonstige Bemerkungen zur Einnahme		
Zeitraum der Einnahme	Lagerung	

Ohne das oben genannte Medikament kann das Kind die Kindertagesstätte nicht besuchen, deshalb muss es vom pädagogischen Fachpersonal der Kindertagesstätte _____ nach oben angegebener Dosierung verabreicht werden.

Aus medizinischen Gründen spricht nichts gegen die Betreuung des Kindes in der Kindertagesstätte.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes



Gemeinde Fuldabrück

Der Gemeindevorstand

Rechtsverbindliche Erklärung des/der Erziehungsberechtigten

Mir/uns ist bekannt, dass die Mitarbeiter/innen der Kindertagesstätte _____ Grundsätzlich nicht verpflichtet sind meinem/unserem Kind Medikamente zu verabreichen.

Hiermit beauftrage/n ich/wir _____
Name der Erziehungsberechtigten

unter Ausschluss jeglicher Haftung, die Fachkräfte:

Name	Vorname

der Kindertagesstätte _____ meinem/unserem Kind folgende Medikamente lt. Oben stehender Medikation des Arztes zu verabreichen. Dazu habe/n ich/wir das entsprechende Behältnis durch Aufkleber deutlich lesbar mit Name und Vorname meines/unseres Kindes sowie die Dosierungsanleitung gekennzeichnet.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Ermächtigung des Trägers

Nach Prüfung der Notwendigkeit einer medizinischen Hilfenahme innerhalb der Kindertagesstätte, ermächtigen wir hiermit die o.g. Mitarbeiter/innen der Kindertagesstätte _____ gemäß der vorliegenden Vereinbarung zur Verabreichung des ärztlich angeordneten Medikamentengabe.

Ort, Datum

Unterschrift des Trägers