



# Gemeinde Fuldabrück

## Der Gemeindevorstand

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

#### Medikation des Arztes:

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bezeichnung der Erkrankung, bzw. Behinderung: \_\_\_\_\_

Erkrankung ist:  ansteckend  nicht ansteckend  nicht mehr ansteckend  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

Telefonnummer des Arztes bei evtl. Rückfragen: \_\_\_\_\_

#### 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 d. 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 Hilfemaßnahme innerhalb der Kindertagesstätte, ermächtigen wir hiermit die o. g. Mitarbeiter/innen der Kindertagesstätte \_\_\_\_\_ gemäß der vorliegenden Vereinbarung zur Verabreichung der ärztlich angeordneten Medikamentenabgabe.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Trägers