

Vereinbarung über die Gabe von ärztlich verordneten Medikamenten in besonders begründeten Ausnahmefällen nach Punkt 7.7 der Ordnung der städtischen Kindertageseinrichtungen

An die städtische Kindertageseinrichtung

1. Mein/Unser Kind _____
Name, Vorname

ist in Behandlung bei _____
Name, Anschrift, Telefonnummer der/des behandelnden Arztes/Ärztin

Besonderer Grund für die Medikation in der Kindertageseinrichtung:

2. Folgendes Medikament wurde ärztlich verordnet:

Das Medikament muss im Kühlschrank gelagert werden: Ja Nein

Besonderheiten im Umgang mit dem Medikament:

3. Verabreichung

Uhrzeit

Uhrzeit

Dosierung

Dosierung

Art der Verabreichung

Art der Verabreichung

Anmerkungen/Sonstiges:

4. Die Personensorgeberechtigten erklären und der/die behandelnde Arzt/Ärztin bestätigt, dass
 - die unter Punkt 2 und 3 beschriebene Medikation ärztlich verordnet ist,
 - die unter 2 und 3 beschriebene Medikation ohne weiteres auch durch medizinisch nicht fachkundiges Personal vorgenommen werden kann,
 - **der/die behandelnde Arzt/Ärztin (lt. Punkt 1) schriftlich von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger und dessen Bevollmächtigten sowie gegenüber dem erzieherischen Personal der Kindertageseinrichtung befreit wurde und auf diese Weise Rückfragen zur Erkrankung sowie zur Medikation jederzeit möglich sind.**
5. Mit dieser Vereinbarung wird die Haftung des Trägers bzw. der pädagogischen Mitarbeiter/innen rechtlich ausgeschlossen.
6. Diese Vereinbarung kann jederzeit von beiden Vertragspartnern ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort, Datum _____ Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r* _____ Unterschrift der Leitung der Kindertagesstätte

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r* _____ Unterschrift der/des unter 1. genannten Arztes/Ärztin

* Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, gleichgültig, ob diese verheiratet, getrennt lebend oder unverheiratet sind. Die Einrichtung wird angewiesen, darauf zu achten.