

## Anlage 4 a)

### Anweisung des Arztes zur Medikamentengabe durch die Kindertagespflegeperson

Name/ Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

Adresse des Arztes \_\_\_\_\_

Telefonnr. des Arztes \_\_\_\_\_

#### Hinweise zur Medikamentengabe:

Name des Medikamentes	Darreichungsform (Saft, Tabl., Zäpf. etc.)	Dosierung und Einnahmezeit (Uhr-/Tageszeit/vor, zu, nach Mahlzeit)	Dauer der Behandlung (von – bis)	Bemerkung/ Besonderheiten

Besondere Gebrauchs-, Lagerungs- oder Dosierungshinweise/Sonstiges:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift, Stempel des behandelnden Arztes

**Ermächtigung der Eltern zur Medikamentengabe durch die Kindertagespflegeperson**

Hiermit ermächtige/n ich/wir

\_\_\_\_\_

die Kindertagespflegeperson

\_\_\_\_\_

meinem/ unserem Kind \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

folgende/s Medikament/e

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

laut ärztlicher Verordnung vom \_\_\_\_\_

durch \_\_\_\_\_ zu verabreichen.

Name des Arztes

Ich entbinde/wir entbinden die oben genannte Kindertagespflegeperson von der Verantwortung und Haftung durch eventuell auftretende Folgen, allergische Reaktionen und Nebenwirkungen, die durch die Einnahme/Verabreichung des Medikamentes/der Medikamente auftreten. Die Originalverpackung des Medikamentes/der Medikamente sowie den Beipackzettel habe ich/haben wir der Kindertagespflegeperson für die Dauer der Einnahme/Verabreichung hinterlegt.

Die Medikamentengabe erfolgt mit meinem/ unserem Einverständnis und nach meiner/ unserer Anweisung, daher trage ich/tragen wir die alleinige Verantwortung für die daraus resultierenden Schäden und Folgeerscheinungen mit voller alleiniger Haftung.

Bei grober Fahrlässigkeit haftet die Kindertagespflegeperson.

\_\_\_\_\_

Ort/ Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern

## Anlage 4 c)

### Nachweis Medikamentengabe durch die Kindertagespflegeperson

Name und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

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

Name des Medikamentes/	Darreichungsform (Saft, Tabl., Zäpfchen etc.)	Dosierung	Datum und Uhrzeit der Verabreichung	Unterschrift der verabreichenden Kindertagespflegeperson

✂ \_\_\_\_\_

### Nachweis Medikamentengabe durch die Kindertagespflegeperson

Name und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

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

Name des Medikamentes/	Darreichungsform (Saft, Tabl., Zäpfchen etc.)	Dosierung	Datum und Uhrzeit der Verabreichung	Unterschrift der verabreichenden Kindertagespflegeperson