

## Anlage 4: Medikamentengabe

### a) Anweisung zur Medikamentengabe durch die Kindertagespflegeperson

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Behandelnde/r Ärztin/ Arzt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

### 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 der Arztpraxis

## Anlage 4: Medikamentengabe

### b) Ermächtigung der Eltern zur Medikamentengabe durch die Kindertagespflegeperson

Hiermit ermächtige/n ich/wir

\_\_\_\_\_

die Kindertagespflegeperson

\_\_\_\_\_

meinem/unsere(m) Kind \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

folgende/s Medikament/e

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

durch \_\_\_\_\_ zu verabreichen.  
Name der Ärztin/ 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/unsere(m) Einverständnis und nach meiner/unsere(r) 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: Medikamentengabe

### 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 Kindertagespflege- person

✂-----

### 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 Kindertagespflege- person