

Städt. Kindertagesstätte
„Haus für Kinder“

56179 Vallendar
Höhler Str. 82
info@kita-vallendar.de



Medikamentenabgabe in der Kindertagesstätte

Name des Kindes _____ Vorname _____ Geburtstag _____

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1. _____ Name des Medikaments	1. _____ Name des Medikaments	1. _____ Name des Medikaments
Morgens	Urzeit _____ Dosierung: _____	Urzeit _____ Dosierung: _____	Urzeit _____ Dosierung: _____
Mittags	Urzeit _____ Dosierung: _____	Urzeit _____ Dosierung: _____	Urzeit _____ Dosierung: _____
Bemerkung:		Dauer der Einnahme:	

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel des Arztes _____

Einverständniserklärung

Einwilligungserklärung und Haftungsausschluss:

Mit meiner/unsere(r) Unterschrift erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass

meinem/unsere(m) Kind _____

das Medikament _____

durch das Personal der Kindertagesstätte verabreicht wird.

Das Medikament soll bis zum _____ verabreicht werden.

Für durch die Medikamentengabe auftretende Komplikationen – welcher Art auch immer
mache ich/ machen wir weder das Personal noch den Träger verantwortlich bzw. haftbar.

Ort, Datum _____

Erziehungsberechtigte/r _____