

M 7 Medikamentenvergabe

Vereinbarung zur Medikamentenvergabe

Name, Vorname des Kindes:	Geburtsdatum:
Kita-Eintritt am:	Erkrankung:
behandelnder Arzt:	Telefon:
Gruppe:	
Bezugserzieherinnen:	

Die Erzieher/innen _____

ist / sind berechtigt, dem Kind _____
Vorname *Zuname*
folgendes Medikament in der Kindertagesstätte zu verabreichen:

Name des Medikamentes _____

Verabreichungsform (z.B. Tropfen, Tabletten ...): _____

Lagerung des Medikamentes: _____

Dosierung: _____ Uhrzeit: _____

Hinweis auf mögliche Nebenwirkungen:

Notruf-Nummer des behandelnden Arztes: _____

Die Kindertageseinrichtung ist nicht zu dieser Vereinbarung verpflichtet.
Es handelt sich um eine freiwillige Vereinbarung zwischen den Eltern und der Kindertagesstätte.

Unterschrift: _____
Eltern

Unterschrift: _____
Arzt

Unterschrift: _____
Träger