



## 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*