

---

## Medikamentengabe Erklärung der Erziehungsberechtigten

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige/n ich /wir

1. Erziehungsberechtigte/r

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

2. Erziehungsberechtigte/r

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

die Erzieherin/den Erzieher \_\_\_\_\_  
Name der Erzieherin/des Erziehers

die Erzieherin/den Erzieher \_\_\_\_\_  
Name der Erzieherin/des Erziehers

die Erzieherin/den Erzieher \_\_\_\_\_  
Name der Erzieherin/des Erziehers

in der o.g. Kindertageseinrichtung meinem/ unserem Kind Medikamente entsprechend der ärztlichen Erklärung zur Medikamentengabe zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Eine Grundmedikation, wird soweit möglich, von den Erziehungsberechtigten selbst durchgeführt. Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Medikation teilen wir der Kita umgehend schriftlich mit. Soweit erforderlich wird ein Erziehungsberechtigter bei Aktionen außerhalb der Einrichtung (z.B. bei Ausflügen), die besondere Sorgfalt erfordern, teilnehmen. Wir entbinden den Arzt insofern von seiner Schweigepflicht, dass Rückfragen der o.g. Erzieherinnen/Erzieher möglich sind. In einem regelmäßigen Rhythmus finden zwischen den Erziehungsberechtigten und den Erzieherinnen und Erzieher Gespräche zur Situation des Kindes statt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en der Erziehungsberechtigten