

# Verabreichung von Medikamenten im Notfall



Name des Kindes:..... geb.am.....

Kindergarten:..... Gruppe:.....

Ich nehme zur Kenntnis, dass im Notfall insbesondere unten angeführte Betreuungspersonen meinem Kind die unten angeführten Medikamente laut ärztlichem Notfallplan verabreichen sowie weitere Maßnahmen laut Notfallplan setzen (zB Lagerung)

1).....Unterschrift:.....

2).....Unterschrift:.....

3) bei Mehrfachnennungen siehe angehängte Liste

Ich habe die Betreuungspersonen über die Erforderlichkeit der Verabreichung von den unten angeführten Notfallmedikamenten aufgrund folgender Erkrankung bzw. Allergie

.....

aufgeklärt und die Notfallsituation, in der meinem Kind die unten angeführten Medikamente zu verabreichen sind, genau besprochen. Die Medikamente werden von mir in ordnungsgemäßem Zustand in der Originalverpackung der ermächtigten Betreuungsperson samt Beipacktext zur Verfügung gestellt und rechtzeitig erneuert. Ich halte mit den Betreuungspersonen regelmäßigen Kontakt und stelle ihnen einen immer aktuellen genauen Notfallplan und zumindest zwei aktuelle Telefonnummern zur Verfügung.

Telefon 1: ..... Telefon 2: .....

.....

Ort, Datum

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Die unten angeführten Medikamente sind im Notfall wie folgt verabreicht werden:

Name des Medikamentes	Art der Verabreichung	Dosis

.....  
Ort, Datum

.....  
Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes