



Vereinbarung Medikamentenverabreichung

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

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

Ermächtigung durch die Erziehungsberechtigten:

Hiermit ermächtige ich die Betreuungspersonen

1).....

2) Ersatzperson.....

meinem Kind die unten angeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen/die Medikamenteneinnahme zu überwachen (nicht Zutreffendes streichen). Das Medikament wird von mir in ordnungsgemäßem Zustand in der Originalverpackung der ermächtigten Betreuungsperson samt Beipacktext zur Verfügung gestellt und rechtzeitig erneuert. Für Rückfragen erhält die Betreuungsperson immer meine aktuelle Telefonnummer.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Die unten angeführten Medikamente müssen wie folgt eingenommen bzw. verabreicht werden:

Name des Medikamentes	Uhrzeit	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Einnahme

Ich habe die Übertragung der oben angeführten ärztlichen Tätigkeit/en gem. § 50a Ärztegesetz 1998 durchgeführt (siehe Übertragungserklärung).

.....
Ort, Datum

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