

Städt. Kindertagesstätte  
„Haus für Kinder“

56179 Vallendar  
Höhler Str. 82  
info@kita-vallendar.de



**Medikamentenabgabe in der Kindertagesstätte**

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1. _____ Name des Medikaments	1. _____ Name des Medikaments	1. _____ Name des Medikaments
Morgens	Urzeit _____ Dosierung: _____	Urzeit _____ Dosierung: _____	Urzeit _____ Dosierung: _____
Mittags	Urzeit _____ Dosierung: _____	Urzeit _____ Dosierung: _____	Urzeit _____ Dosierung: _____
<b>Bemerkung:</b>		<b>Dauer der Einnahme:</b>	

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel des Arztes \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung**

Einwilligungserklärung und Haftungsausschluss:

Mit meiner/unsere(r) Unterschrift erkläre/n ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass

meinem/unsere(m) Kind \_\_\_\_\_

das Medikament \_\_\_\_\_

durch das Personal der Kindertagesstätte verabreicht wird.

Das Medikament soll bis zum \_\_\_\_\_ verabreicht werden.

Für durch die Medikamentengabe auftretende Komplikationen – welcher Art auch immer  
mache ich/ machen wir weder das Personal noch den Träger verantwortlich bzw. haftbar.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_