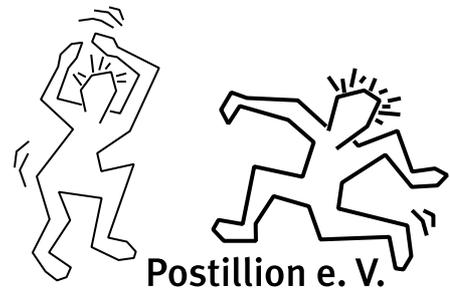


## Medikamentenverabreichung



Hiermit erteile/n ich/ wir dem Team der Einrichtung \_\_\_\_\_  
den Auftrag meinem/ unserem Kind \_\_\_\_\_  
folgende Medikamente während des Aufenthalts in der Einrichtung zu verabreichen:

Es liegt vor:

- Allergie, welche \_\_\_\_\_  
 Erkrankung, welche \_\_\_\_\_  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Name des Medikaments: \_\_\_\_\_

Art und Umfang der Dosierung: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt der Einnahme: \_\_\_\_\_

Die Medikamente werden vom Team der oben genannten Einrichtung nur dann verabreicht, wenn eine Kopie der ärztlichen Verordnung (Rezept) beiliegt oder das Rezept eingesehen wurde (z.B. durch Vorzeigen eines elektronischen Rezeptes am Handy).

Die Einsicht in das ärztliche (elektronische) Rezept erfolgte am \_\_\_\_\_ (Datum)  
von \_\_\_\_\_ (Unterschrift Mitarbeiter:in)

Alternativ kann das vorliegende Formular durch den Arzt/ die Ärztin unterschrieben werden:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Arzt/ Ärztin

**Achtung:** Ist die Einnahme von Antibiotika erforderlich, darf Ihr Kind die Einrichtung erst wieder besuchen, wenn diese bereits über mindestens drei Tage erfolgt ist.

Eine Haftung wird weder bei falscher Anwendung/ Verabreichung durch die MitarbeiterInnen übernommen noch bei falscher Anweisung durch den Arzt/ die Ärztin oder die Eltern.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r