



**Anlage zum Betreuungsvertrag**

**Notwendige Verabreichung von Medikamenten in der Tageseinrichtung für Kinder mit chronischen Erkrankungen**

*(von dem behandelnden Arzt auszufüllen)*

Das Kind ....., geb. am .....

leidet unter folgender chronischer Erkrankung: .....

*(kurze Stellungnahme über das Krankheitsbild, ggfls auf einem zusätzlichen Blatt)*

---

Das o.g. Kind muss nachfolgende Medikamente regelmäßig einnehmen:  
*(Dauertherapie, muss mindestens alle 6 Monate vom Arzt gegengezeichnet werden)*

Name des Medikamentes: .....

Lagerung des Medikamentes: .....

Uhrzeit der Einnahme/Dosierung:.....

Art der Verabreichung: .....

---

Das o.g. Kind erhält erhält unten stehende Notfallmedikation bei folgenden Symptomen:

Beschreibung der Symptome:.....  
*( ggfls. auf einem zusätzlichem Blatt)*

Name des Medikamentes: .....

Lagerung des Medikamentes: .....

Dosierung/ Art der Verabreichung:.....

Weiterer Umgang mit der Erkrankung: .....

.....

**Aus medizinischer Sicht ist der Besuch der Kindertagesstätte möglich.**

---

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes



## **Anlage zum Betreuungsvertrag**

### **Haftungsausschluss**

#### **Notwendige Verabreichung von Medikamenten in der Tageseinrichtung für Kinder mit chronischen Erkrankungen**

*(von den Erziehungsberechtigten auszufüllen)*

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass meinem/ unserem Kind in der Tageseinrichtung für Kinder durch eine pädagogische Mitarbeiterin die durch den Arzt festgelegten Medikamente regelmäßig oder in der beschriebenen Situation verabreicht werden. Es ist mir/uns bewusst, dass die pädagogische Mitarbeiterin keine medizinische Ausbildung besitzt und sie auch nicht dienstlich zur Medikamentengabe verpflichtet ist.

Ich/Wir stelle/n hiermit ausdrücklich bezüglich der Verabreichung der oben genannten Medikamente die handelnde pädagogische Mitarbeiterin von jeglichen Haftungsansprüchen meinerseits oder meines Kindes frei.

---

Ort, Datum, Unterschrift des / der Sorgeberechtigten



## Anlage zum Betreuungsvertrag

### Zusätzliche Vereinbarung zum Betreuungsvertrag über die notwendige Verabreichung von Medikamenten an Kinder mit chronischen Erkrankungen

(von den Erziehungsberechtigten auszufüllen)

Name, Vorname des Kindes: .....

Geburtsdatum: .....

Erkrankung:.....

Telefon Nr. der Erziehungsberechtigten (zu **jeder** Zeit erreichbar):

.....

Name / Telefon Nr. des behandelnden Arztes: .....

.....

Notwendige begleitende Maßnahmen wie z.B. besondere Ernährung, regelmäßige

Mahlzeiten usw:.....

#### In Ergänzung des Betreuungsvertrages wird vereinbart, dass

- Eine Grundmedikation, soweit möglich, von den Eltern/ Erziehungsberechtigten durchgeführt wird
- Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Medikation der Tageseinrichtung umgehend schriftlich mitgeteilt werden
- Soweit erforderlich ein Elternteil bzw. ein/ Erziehungsberechtigte/r bei Aktionen außerhalb der Einrichtung, wie bspw. Ausflügen, die besondere Sorgfalt erfordern, teilnehmen
- Gespräche zwischen den Eltern/ Erziehungsberechtigten und der Tageseinrichtung zur Situation des Kindes in einem regelmäßigen Rhythmus

von .....stattfinden

- die Eltern/Erziehungsberechtigten den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht insofern entbinden, dass Rückfragen der/die mit der besonderen Betreuung des Kindes beauftragten und namentlich genannten Mitarbeitenden möglich sind



### **Anlage zum Betreuungsvertrag**

**Notwendige Verabreichung von Medikamenten in der Tageseinrichtung für Kinder**  
*(von dem behandelnden Arzt auszufüllen)*

Das Kind ....., geb. am .....

leidet unter folgender Erkrankung: .....

---

Das o.g. Kind muss nachfolgende Medikamente ..... x tägl. einnehmen:  
*(Dauertherapie, muss mindestens alle 6 Monate vom Arzt gegengezeichnet werden)*

Name des Medikamentes: .....

Lagerung des Medikamentes: .....

Uhrzeit der Einnahme/Dosierung:.....

Art der Verabreichung: .....

---

Das o.g. Kind erhält erhält unten stehende Notfallmedikation bei folgenden Symptomen:

Beschreibung der Symptome:.....  
*( ggfls. auf einem zusätzlichem Blatt)*

Name des Medikamentes: .....

Lagerung des Medikamentes: .....

Dosierung/ Art der Verabreichung:.....

Weiterer Umgang mit der Erkrankung: .....

.....

**Aus medizinischer Sicht ist der Besuch der Kindertagesstätte möglich.**

---

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes



## **Haftungsausschluss**

### **Notwendige Verabreichung von Medikamenten in der Tageseinrichtung für Kinder** *(von den Erziehungsberechtigten auszufüllen)*

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass meinem/ unserem Kind in der Tageseinrichtung für Kinder durch eine pädagogische Mitarbeiterin die durch den Arzt festgelegten Medikamente regelmäßig oder in der beschriebenen Situation verabreicht werden. Es ist mir/uns bewusst, dass die pädagogische Mitarbeiterin keine medizinische Ausbildung besitzt und sie auch nicht dienstlich zur Medikamentengabe verpflichtet ist.

Ich/Wir stelle/n hiermit ausdrücklich bezüglich der Verabreichung der oben genannten Medikamente die handelnde pädagogische Mitarbeiterin von jeglichen Haftungsansprüchen meinerseits oder meines Kindes frei.

---

Ort, Datum, Unterschrift des / der Sorgeberechtigten