



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

vonstattfinden

- 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