



Medikamentengabe (KiTa/GTB/KJH)

Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Ärztliche Diagnose

Folgende Medikamentengabe bzw. Temperaturkontrolle muss erfolgen:			
Medikament / Temperaturk.	Uhrzeit	Dosierung	Gebrauchshinweis/Einnahmedauer
Datum	Stempel/Unterschrift des Arztes		

Ermächtigung der Personensorgeberechtigten	
Hiermit beauftrage ich / beauftragen wir, unserem Kind die verordneten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen. Wir stellen die pädagogische Fachkraft für den Fall gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder Schädigungen des Kindes im Zusammenhang mit der vorschriftsmäßigen Verabreichung des Medikaments, der Anwendung von Verordnungen, der Messung von Fieber oder Überwachung von Lebensmittelunverträglichkeit im Zusammenhang mit der Medikamentengabe von aller Haftung frei.	
Die Medikamentengabe erfolgt durch die eingewiesene Pädagogische Fachkraft:	

Datum	Unterschrift beider Sorgeberechtigten
-------	---------------------------------------

Beendigung der Gabe / Ersatz oder Rückgabe des Medikaments (Notiz durch Einrichtung):		
Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte/r	Unterschrift Päd.Fachkraft

Aufbewahrungshinweis: Dieses Dokument wird zunächst im Gruppenordner bzw. in der Nähe des Medikamentes aufbewahrt und nach Versorgungsende zusammen mit dem Betreuungsvertrag entsprechend der Frist und den Datenschutzbestimmungen (DSG-EKD) archiviert.