



Einverständniserklärung Medikamentenverabreichung

1. Vom Arzt auszufüllen

Name des Kindes: _____ geboren am: _____

Name des Arztes/derÄrztin: _____ Telefon im Notfall: _____

Vertretungsarzt/-ärztin: _____ Telefon im Notfall: _____

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1. Medikament	2. Medikament	3. Medikament
Name			
Darreichungsform			
Empfohlene Lagerung			
morgens:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
mittags:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
nachmittags:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
abends:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
nachts:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:

Bemerkungen zur Verabreichung/Dauer der Einnahme etc.: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin: _____

II. Von den Sorgeberechtigten auszufüllen

Hiermit ermächtige(n) wir/ich, _____ (Name der Eltern) die Erzieher/-innen
 _____ (Namen der Erzieherinnen) der Tageseinrichtung _____
 _____ (Name der Einrichtung) unserem Kind _____
 _____ (Name des Kindes) die oben aufgeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten
 zu verabreichen.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Sorgeberechtigten _____

III. Von den ermächtigten Erzieherinnen auszufüllen

Hiermit verpflichten wir, _____ (Namen der Erzieherinnen),
 uns, die oben aufgeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten in der angegebenen
 Dosierung zu verabreichen, die Medikamente wie empfohlen zu lagern, das Verfallsdatum zu
 kontrollieren sowie drohenden Fehlbestand den Sorgeberechtigten rechtzeitig zu melden.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Erzieherinnen _____

Anmerkung: Punkt III. wurde der Vollständigkeit halber in das Formular mit aufgenommen. Die Einverständniserklärung ist aber auch dann rechtsgültig, wenn auf diesen Punkt verzichtet werden sollte.

Vorstand:
 Franziska Patzer
 Marcell Schüner
 Stefan Angelroth

Postanschrift:
 JAM e.V. Saalfeld
 Webergasse 14
 07318 Saalfeld

Bankverbindungen:
 Kreisparkasse Saalfeld- Rudolstadt
 IBAN: DE14830503030001124544
 BIC: HELADEF1SAR

Kontakt unter: Telefon: 01577/1879987 E-Mail: info@jam-ev-saalfeld.de Homepage: www.jam-ev-saalfeld.de