

## Erklärung über die Gabe von ärztlich verordneten Medikamenten (Personalbogen Seite 2)

1. Mein/Unser Kind \_\_\_\_\_  
Name

ist in Behandlung bei \_\_\_\_\_  
(falls abweichend v. Hausarzt S.1) Name, Adresse, Tel.-Nr. d. behandelnden Arztes

2. Zur Behandlung von akuten Notfällen hat der Arzt das Medikament \_\_\_\_\_ verordnet. Es soll bei Auftreten folgender Beschwerden/Anzeichen in der angegebenen Dosierung verabreicht werden:

\_\_\_\_\_ Dosierung  
Anzeichen

\_\_\_\_\_ Dosierung  
Anzeichen

Das Medikament muss im Kühlschrank gelagert werden  
 Ja  Nein

Besonderheiten im Umgang mit dem Medikament:  
\_\_\_\_\_

3. Zur regelmäßigen Gabe hat der Arzt folgende Medikamente verordnet:

1.	2.	3.
_____	_____	_____
Name des Medikaments	Name des Medikaments	Name des Medikaments
_____	_____	_____
Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
_____	_____	_____
Dosierung	Dosierung	Dosierung
_____	_____	_____
Art der Verabreichung	Art der Verabreichung	Art der Verabreichung
_____	_____	_____
Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
_____	_____	_____
Dosierung	Dosierung	Dosierung

Das Medikament muss im Kühlschrank gelagert werden  
1.  Ja  Nein 2.  Ja  Nein 3.  Ja  Nein

Besonderheiten im Umgang mit dem Medikament Nr. \_\_\_\_:  
\_\_\_\_\_

4. Der/die Erziehungsberechtigte/n erklärt/en sich damit einverstanden, dass die o.g. Medikamente ohne vorherige Rücksprache von dem/der jeweils zuständigen Betreuer(in) verabreicht werden dürfen. Mit dieser Erklärung wird die Haftung des Trägers bzw. der Betreuer(innen) rechtlich ausgeschlossen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten