

## Anlage 4 – Erklärung über Medikamentengabe

### VEREINBARUNG ÜBER DIE GABE VON ÄRZTLICH VERORDNETEN MEDIKAMENTEN

Die Information über die Medikamentengabe (siehe AGB des Betreuungsvertrages, Punkt 8) haben wir zur Kenntnis genommen.

Unser Kind

NAME \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

ist in Behandlung bei

ARZT \_\_\_\_\_ Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Zur Behandlung von akuten Notfällen im Sinne von **Punkt 8** des Betreuungsvertrages wurde durch den oben genannten Arzt das Medikament \_\_\_\_\_ verordnet. Es soll beim Auftreten folgender Beschwerden verabreicht werden: \_\_\_\_\_ .

Das Medikament muss regelmäßig \_\_\_ mal täglich verabreicht werden und zwar zu folgenden Uhrzeiten: \_\_\_\_\_ .

Dosierung / Anzahl / Art der Verabreichung des Medikamentes :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Das Medikament muss folgendermaßen gelagert werden:

- im Kühlschrank
- im verschlossenen Medikamentenschrank

ja	nein	
ja	nein	

Besonderheiten im Umgang mit dem Medikament:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der/Die Erziehungsberechtigte/n erklärt/en sich damit einverstanden, dass das o.g. Medikament von dem zuständigen Mitarbeiter verabreicht werden darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter