



Arbeit
und
Bildung

Adresse:
Buschstraße 1
26127 Oldenburg
Telefon: 0441 80087-0
E-Mail: info(at)arbeitundbildung.de

Erklärung zur Verabreichung von Medikamenten

(bei Bedarf)

Angaben des Kindes	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	

1. Vom behandelnden (Kinder-)Arzt auszufüllen

Eine Einnahme des nachfolgend genannten Medikamentes vor oder nach der Betreuungszeit des ergänzenden Angebotes ist nicht möglich/möglich (wenn möglich entfällt weiteres Ausfüllen des Formulars).

Gegen die Verabreichung durch eine pädagogische Kraft (medizinischer Laie) bestehen keine Bedenken.

Folgende Medikamente müssen zu den nachfolgend genannten Tageszeiten eingenommen werden:

Name des Medikaments, Tageszeit, Dosierung

Name des Medikaments, Tageszeit, Dosierung

**Bemerkungen, z. B. zur Art der Aufbewahrung, Einnahme, Maßnahmen bei Problemen/
im Notfall:**

Die Verordnung gilt bis: _____

Ort, Datum

Telefon

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

2. Von den Sorgeberechtigten auszufüllen

Hiermit ermächtige ich

Name der Sorgeberechtigten

die Mitarbeiter/innen des primären Kooperationspartners _____

meinem Kind

die o. g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen. Ich werde das entsprechende Behältnis durch Aufkleber mit Vor- und Nachnamen sowie Dosierung gut lesbar kennzeichnen.

Bei methylphenidathaltigen Medikamenten (wie RITALIN und MEDIKINET):

Mir ist bekannt, dass diese Mittel unter das Betäubungsmittelgesetz fallen. Ich verpflichte mich daher, meinem Kind nur die jeweilige Tagesration gesondert verpackt und gekennzeichnet mitzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift sorgeberechtigte Person

Ort, Datum

ggf. weitere sorgeberechtigte Person