



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