

KITA Medikamentenabgabe

.....
(Vor- und Nachname Kindes)

.....
(geboren am)

Folgende **Medikamente** müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

Von behandelndem Arzt/ behandelnder Ärztin auszufüllen	 (Name des Medikaments) (Name des Medikaments)
	Morgens	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:.....
	Mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:.....
	Nachmittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:.....
	Abends	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:.....
	Maximale Dauer der Einnahme: (ab Datumstempel)		
	Besondere Gebrauchsanweisung (Lagerung etc.)		

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärztin

*/----- Bitte geben Sie dieses Formular **bei Bedarf** an die Einrichtung zurück -----/*

Bearbeiter*in	Freigeber*in	ID	Revision	Seite
Brumm, Romina	Mödingen, Bianca	83694	003/06.04.2023	1 von 2

KITA Medikamentenabgabe

Ermächtigung zur Medikamentenabgabe:

.....
Name Personensorgeberechtigte (r)* 1

.....
Name Personensorgeberechtigte (r)* 2

.....
Vor- und Nachname des Kindes

Hiermit ermächtige ich/ ermächtigen wir die pädagogischen Fachkräfte des Betriebskindertagesstätte des Universitätsklinikums Ulm meinem/ unserem Kind die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Für eventuelle Nachfragen der oben genannten Personen entbinde ich den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin von seiner/ ihrer Schweigepflicht. Die pädagogischen Fachkräfte der Kindertagesstätte sind ihrerseits an ihre Schweigepflicht gebunden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Personensorgeberechtigte (r)* 1

.....
Unterschrift Personensorgeberechtigte (r)* 2
(entfällt bei alleinigem Sorgerecht)

|----- Bitte geben Sie dieses Formular bei Bedarf an die Einrichtung zurück -----|

Bearbeiter*in	Freigeber*in	ID	Revision	Seite
Brumm, Romina	Mödinger, Bianca	83694	003/06.04.2023	2 von 2