

# Medikamente

Stand vom: .....

## Verordnung für Medikamentengabe durch die Tagespflegeperson

von

.....  
Name und Vorname des Kindes Geburtsdatum des Kindes

.....  
Behandelnder Arzt, Name, Adresse

.....  
telefonisch während der Betreuungszeit erreichbar unter (Telefonnummer eintragen)

.....  
Vertretung falls der behandelnde Arzt im Notfall nicht erreichbar ist (Name, Telefonnummer)  
**Folgende/s Medikament/e müssen zu den genannten Tageszeiten verabreicht werden:**

.....  
.....  
.....

### Name des Medikaments/der Medikamente

(bei mehreren Medikamenten bitte mit Aufzählungszeichen (z. B. 1., 2., 3. usw.)

Name des Medikamentes	Einnahmezeit (Uhr-/Tageszeit)	Dosierung	Dauer der Behandlung	Bemerkungen

### Besondere Gebrauchs-, Lagerungs- oder Dosierungshinweise zu dem/den Medikament/en:

.....  
.....

Sonstiges:

.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes

## Ermächtigung des Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/wir ..... (Name des/der Sorgeberechtigten)

Frau/Herrn ..... (Name, Vorname der TPP) ,Tagespflegeperson unseres Kindes  
.....(Name, Vorname des Kindes)

Medikamente laut ärztlicher Verordnung vom .....(Datum eintragen) durch  
..... (Name des ausstellenden Arztes) zu verabreichen.

Homöopathische Mittel  
.....(Name des Mittels)

mit folgender Dosierung bis auf Widerruf bzw. bis zum .....(Datum eintragen) zu verabreichen:

.....  
.....  
.....  
.....

Ich entbinde die oben genannte Tagespflegeperson von der Verantwortung und Haftung durch eventuell auftretende Folgen, allergische Reaktionen und Nebenwirkungen, die durch die Einnahme/Verabreichung der Medikamente auftreten. Die Originalverpackung der Medikamente sowie den Beipackzettel habe ich der Tagespflegeperson für die Dauer der Einnahme/Verabreichung hinterlegt.

Die Medikamentengabe erfolgte mit meinem Einverständnis und nach meiner Anweisung, daher trage ich alleine die Verantwortung für daraus resultierende Schäden und Folgeerscheinungen mit voller alleiniger Haftung.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten