Name des Kindes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Folgende Medikamente müssen in einem Notfall verabreicht werden:**

|  |
| --- |
| **genaue Bezeichnung des Medikaments**: |
|  |
| **Beschreibung der Situation, wann es verabreicht werden soll:** |
|  |

**Aus ärztlicher Sicht bestehen keine Bedenken zum Besuch der Kindertageseinrichtung/der Offenen Ganztagsschule**

Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

**Vollmacht**

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass unserer Tochter/unserem Sohn, das Medikament, so wie in der ärztlichen Verordnung vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_beschrieben, verabreicht werden darf:

Name des Medikamentes:

Wir sind damit einverstanden, dass folgende Personen das oben genannte Medikament verabreichen dürfen:

Namen der verabreichenden Personen

* Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Medikation müssen wir der Einrichtung umgehend schriftlich mitteilen.
* Bei einer fortlaufenden Notfallmedikation benötigt die Einrichtung halbjährlich eine erneute Verordnung, die von uns beigebracht wird.
* Wir tragen dafür Sorge, dass ein Elternteil für die Einrichtung telefonisch erreichbar ist. Soweit erforderlich, nehmen wir bei Aktionen außerhalb der Einrichtung, die besondere Sorgfalt benötigen, teil.

Diese Vollmacht kann jederzeit geändern oder widerrufen werden.

Ort, Datum Unterschrift Eltern