



**Waldorfkindergarten St. Wendel e.V.**  
**Verein zur Pflege und Förderung der Waldorfpädagogik**  
**Welvertstraße. 9, 66606 St. Wendel**  
**Telefon: 06851/83479**

## **Belehrung und Ermächtigung zur Medikamentengabe**

\_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Name des Kindes

Wenn die Einnahme von Medikamenten während der Dauer des Aufenthaltes des Kindes in der Einrichtung zwingend erforderlich ist, kann in Absprache mit den Eltern und einem Erzieher die Medikamentengabe erfolgen.

Die ärztlich verordnete Verabreichung von Medikamenten wird dokumentiert. Die Medikamentengabe erfolgt auf freiwilliger Basis des Erziehers und Risiko der Personensorgeberechtigten. Für Fehler bei der Verabreichung besteht kein Haftungsanspruch.

Eine Verordnung zur Medikamentengabe muss ärztlich bescheinigt werden und ist zwingend vorzulegen.

### **Vereinbarung über die Gabe von ärztlich verordneten Medikamenten**

Mein / Unser Kind ist in Behandlung bei

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Arzt, Anschrift)

Zur Behandlung von akuten Notfällen wurde durch den oben genannten Arzt folgendes Medikament verordnet.

\_\_\_\_\_

Zur Behandlung wurde durch den oben genannten Arzt folgendes Medikament verordnet \_\_\_\_\_

Uhrzeit / Dosierung / Art der Verabreichung (oral, rektal oder als Salbe)

\_\_\_\_\_

(zutreffendes bitte ausfüllen)



**Waldorfkindergarten St. Wendel e.V.**  
**Verein zur Pflege und Förderung der Waldorfpädagogik**  
**Welvertstraße. 9, 66606 St. Wendel**  
**Telefon: 06851/83479**

Das Medikament muss folgendermaßen gelagert werden:

- im Kühlschrank: o ja o nein
- Besonderheiten im Umgang mit dem Medikament:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit ermächtigen wir die Mitarbeiter/innen des Waldorfkindergarten St. Wendel e.V., die vom Arzt aufgeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen (siehe Dosierungsanleitung). Die Medikamente werden zur Verfügung gestellt.

Wir verpflichten uns **Änderungen** der Medikamentenvergabe **unverzüglich** und mit neuer Dosierungsanleitung vom behandelten Arzt schriftlich mitzuteilen.

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
**Name Personensorgeberechtigte/r**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Hiermit erkläre ich mich freiwillig bereit, die Medikamentengabe zu übernehmen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erzieher