

## Ergänzung zum Betreuungsvertrag

Zusätzliche Vereinbarung zum Betreuungsvertrag über die notwendige Verabreichung von Medikamenten an Kinder mit einer akuten Erkrankung

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erkrankung: \_\_\_\_\_

Telefon Nr. der Erziehungsberechtigten (zu **jeder** Zeit erreichbar):

\_\_\_\_\_

Name / Telefon Nr. des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notwendige begleitende Maßnahmen wie z.B. besondere Ernährung, regelmäßige

Mahlzeiten usw. : \_\_\_\_\_

**In Ergänzung des Betreuungsvertrages wird vereinbart, dass**

- Eine Grundmedikation, soweit möglich, von den Eltern/ Erziehungsberechtigten durchgeführt wird
- Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Medikation der Tageseinrichtung umgehend schriftlich mitgeteilt werden
- Soweit erforderlich ein Elternteil bzw. ein/ Erziehungsberechtigte/r bei Aktionen außerhalb der Einrichtung, wie bspw. Ausflügen, die besondere Sorgfalt erfordern, teilnehmen
- Gespräche zwischen den Eltern/ Erziehungsberechtigten und der Tageseinrichtung zur Situation des Kindes in einem regelmäßigen Rhythmus

von \_\_\_\_\_ stattfinden

- die Eltern/Erziehungsberechtigten den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht insofern entbinden, dass Rückfragen der/die mit der besonderen Betreuung des Kindes beauftragten und namentlich genannten Mitarbeitenden möglich sind

### **Anlage 3**

Wichern Kindergarten  
Ev. Tageseinrichtung für Kinder  
Johannesstr. 9  
59302 Oelde

### **Haftungsausschluss**

Notwendige Verabreichung von Medikamenten in der Tageseinrichtung für Kinder mit einer akuten Erkrankung

Hiermit erkläre/n ich/wir, dass meinem/ unserem Kind in der Tageseinrichtung für Kinder durch eine pädagogische Mitarbeiterin die durch den Arzt festgelegten Medikamente regelmäßig oder in der beschriebenen Situation verabreicht werden. Es ist mir/uns bewusst, dass die pädagogische Mitarbeiterin keine medizinische Ausbildung besitzt und sie auch nicht dienstlich zur Medikamentengabe verpflichtet ist.

Ich/Wir stelle/n hiermit ausdrücklich bezüglich der Verabreichung der oben genannten Medikamente die handelnde pädagogische Mitarbeiterin von jeglichen Haftungsansprüchen meinerseits oder meines Kindes frei.

---

Ort, Datum, Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

## Notwendige Verabreichung von Medikamenten in der Tageseinrichtung für Kinder mit einer akuten Erkrankung

(von dem behandelnden Arzt auszufüllen)

Das Kind \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

leidet unter folgender akuten Erkrankung: \_\_\_\_\_

(kurze Stellungnahme über das Krankheitsbild, ggfls auf einem zusätzlichen Blatt)

\_\_\_\_\_

- Das o.g. Kind muss nachfolgende Medikamente regelmäßig einnehmen:

Name des Medikamentes: \_\_\_\_\_

Lagerung des Medikamentes: \_\_\_\_\_

Uhrzeit der Einnahme/Dosierung: \_\_\_\_\_

Art der Verabreichung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Das o.g. Kind erhält unten stehende Notfallmedikation bei folgenden Symptomen:

Beschreibung der Symptome: \_\_\_\_\_

( ggfls. auf einem zusätzlichem Blatt)

Name des Medikamentes: \_\_\_\_\_

Lagerung des Medikamentes: \_\_\_\_\_

Dosierung/ Art der Verabreichung: \_\_\_\_\_

Weiterer Umgang mit der Erkrankung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aus medizinischer Sicht, ist der Besuch der Kindertagesstätte möglich.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Arztes

**Hiermit beauftrage/n ich/wir die Tageseinrichtung die o.g. Medikamente meinem/ unserem Kind zu verabreichen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

