

## Medikation

<b>Name, Vorname des Kindes:</b>		<b>geboren am:</b>	
Folgende Medikamente müssen dem o.g. Kind zu den <b>genannten Tages-/ Uhrzeiten</b> verabreicht werden:			
	<b>Medikament</b>	<b>Medikament</b>	<b>Medikament</b>
<b>morgens</b>	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung*:
<b>mittags</b>	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung*:
<b>nachmittags</b>	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung*:
<b>Verabreichungs- zeitraum</b>			
<b>Anwendungs- hinweis*</b>			
<b>ggf. Hinweise zu Risiken und Nebenwirkungen, Symptomen sowie entsprechende Folgemaßnahmen</b>			
<b>Lagerungshinweis</b>			

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

*\*Bei Dosierung sind konkrete Angaben zu Art (z.B. Tropfen, Tablette) und Menge zu vermerken. Bei Anwendungshinweisen sind Angaben zur Einnahme (z.B. vor/ während/ nach dem Essen, mit/ ohne Milchprodukte) und zum lokalen Anwendungsbereich (z.B. oral) zu vermerken.*

## Medikation bei akutem Bedarf

<b>Name, Vorname des Kindes:</b>		<b>geboren am:</b>	
Folgende Medikamente müssen dem o.g. Kind zu den genannten <b>akutem Bedarf</b> verabreicht werden:			
	<b>Medikament</b>	<b>Medikament</b>	<b>Medikament</b>
<b>soll bei Auftreten folgender Beschwerden / Symptomen verabreicht werden</b>	<b>Beschwerden:</b>	<b>Beschwerden:</b>	<b>Beschwerden:</b>
<b>Uhrzeit und Dosierung</b>			
<b>Verabreichungszeitraum</b>			
<b>Anwendungshinweis*</b>			
<b>ggf. Hinweise zu Risiken und Nebenwirkungen, Symptomen sowie entsprechende Folgemaßnahmen</b>			
<b>Lagerungshinweis</b>			

9-2-0007 | DRK-KV-JES-KJF | Medikation | Stand: 01.11.2017

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

*\*Bei Dosierung sind konkrete Angaben zu Art (z.B. Tropfen, Tablette) und Menge zu vermerken. Bei Anwendungshinweisen sind Angaben zur Einnahme (z.B. vor/ während/ nach dem Essen, mit/ ohne Milchprodukte) und zum lokalen Anwendungsbereich (z.B. oral) zu vermerken.*

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

### 1. Personensorgeberechtigte(r)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Personensorgeberechtigte(r)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Wir entbinden hiermit:

Die Ärzte/ den Arzt/die Ärztin: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### von der ärztlichen Schweigepflicht bzgl. der Behandlung unseres Kindes/ Pflegekindes:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

und bitten auf Anfrage Informationen über ihren/ seinen Gesundheitszustand und allen  
damit in Zusammenhang stehenden Umständen zu erteilen.

Die Entbindung gilt gegenüber folgendem mit der Kinderbetreuung befassten Träger:  
**DRK-Kreisverband Jena-Eisenberg-Stadtroda e.V., Dammstraße 32, 07749 Jena**  
bzw. folgender Kindertageseinrichtung:

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden.

Wir bestätigen/ich bestätige, dass wir/ich ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Erklärung und über die  
Folgen der Nichtabgabe beraten worden sind./bin.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/  
1. Personensorgeberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/  
2. Personensorgeberechtigte(r)

## Vereinbarung zur Medikation

an

---

*(Name und Geburtsdatum des Kindes)*

zwischen

**Personensorgeberechtigte/r:**

---

*(Name und Anschrift(en) aller Personensorgeberechtigten)*

**Träger:** DRK-Kreisverband Jena-Eisenberg-Stadtroda e.V.  
Anschrift: Dammstraße 32, 07749 Jena

Hiermit werden die zuständigen Fachkräfte der **Kindertageseinrichtung:**

---

*(genaue Bezeichnung und Anschrift der Kindertageseinrichtung)*

von den Personensorgeberechtigten ermächtigt, die von

---

*(Name des Arztes)*

in der Bescheinigung vom \_\_\_\_\_

(Anlage) angegebenen Medikamente in der dort vorgeschriebenen Dosierung zu den dort angegebenen Zeiten für die dort angegebene Behandlungsdauer zu verabreichen (Medikation).

Der Träger stellt sicher, dass die zuständigen pädagogischen Fachkräfte der Kita die vom Arzt in der Bescheinigung angegebenen Medikamente in der vorgeschriebenen Dosierung zu der/den angegebenen Zeit/en für die vorgeschriebene Behandlungsdauer verabreichen. Zu diesem Zweck hat er allgemeine Regelungen zur Verfahrensweise der Medikation erlassen, die er den pädagogischen Fachkräften der Kita bekannt gegeben hat und die von ihnen zu beachten sind.

Die/der Personensorgeberechtigte/n ist/sind verpflichtet, den Träger oder die von ihm zu diesem Zweck Bevollmächtigten rechtzeitig über jede Veränderung der hier geregelten Medikation zu informieren. Dies hat schriftlich, durch Vorlage einer neuen oder geänderten ärztlichen Bescheinigung zu erfolgen.

Der Träger hat organisatorisch abzusichern, dass die/den Personensorgeberechtigte/n umgehend über besondere Vorkommnisse im Zusammenhang mit der Medikation informiert werden.

Die Leitung der Kindertageseinrichtung bestätigt nachstehend die Kenntnisnahme

- dieser Vereinbarung über die Medikation,
- der ärztlichen Bescheinigung vom \_\_\_\_\_ und
- der allgemeinen Regelungen des Trägers zur Verfahrensweise der Medikation.

Diese Vereinbarung gilt für die Dauer der Medikation entsprechend der aktuellen ärztlichen Bescheinigung oder bis zur Kündigung durch eine der Parteien dieser Vereinbarung.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Träger/Bevollmächtigte/r des Trägers

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leitung der Kindertageseinrichtung