



Vereinbarung über Notfall-Medikamentengabe in der Kindertageseinrichtung / Hort

Zwischen:

Name/Stempel der Kindertageseinrichtung

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail:/Fax: _____

und den Eltern/Personensorgeberechtigten

Name, Vorname

Name, Vorname

wird folgende Vereinbarung

zur Gabe des Notfallmedikaments _____

für mein/unser Kind (Name/Geburtsdatum) getroffen.

Ärztliche Verordnung: (Angabe, welche medizinischen Hilfsmaßnahmen in der Kita/Hort angezeigt ist)





Aufbewahrungsort: _____

Die Beauftragung ist bis zum _____ oder bis zum schriftlichen Widerruf gültig. Über Änderungen der ärztlichen Verordnung werde ich/werden wir die Kita/den Hort umgehend informieren. Für den Zeitraum der Beauftragung ist die Kita/der Hort berechtigt, Daten, die im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung stehen, zu speichern. Diese Daten werden nach Ende des Beauftragungszeitraumes umgehend gelöscht.

Dieser Vereinbarung liegen folgende Anlagen bei:

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben eine schriftliche Stellungnahme über das Krankheitsbild sowie notwendige Behandlungsschritte des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin erhalten.
(zwingend erforderlich)
- Eine Bestätigung des Arztes, der Ärztin, dass aus medizinischer Sicht der Besuch einer Tageseinrichtung möglich ist, liegt vor. Die Bestätigung kann auch Teil der Stellungnahme sein.
(wenn noch nicht vorhanden)
- Den Ausführungen liegt eine genaue Dosierungsanleitung bei.
(zwingend erforderlich)
- Die Medikamentengabe wird dokumentiert.
(wenn erforderlich)
- Eine Grundmedikation wird von den Eltern durchgeführt.
(wenn erforderlich)
- Ein Elternteil muss für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kindertageseinrichtung immer telefonisch erreichbar sein.
(zwingend erforderlich)

ADRESSE:

Hans-Grade-Allee 11
12529 Schönefeld

E-Mail: info@gemeinde-schoenefeld.de
Internet: www.gemeinde-schoenefeld.de

BANKVERBINDUNGEN:

Mittelbrandenburgische Sparkasse in Potsdam,
BIC: WELADED1PMB,
IBAN: DE35 1605 0000 3665 0211 53
Deutsche Kreditbank AG, BIC: BYLADEM1001,
IBAN: DE02 1203 0000 0000 4019 68
Deutsche Bank AG, BIC: DEUTDE33HAN,
IBAN: DE18 1207 0000 0330 4300 00

ÖFFNUNGSZEITEN:

Mo 13.00 - 15.00 Uhr
Di 9.00 Uhr - 12.00 Uhr und
13.00 Uhr - 18.00 Uhr
Mi geschlossen
Do 13.00 Uhr - 15.00 Uhr
Fr 9.00 Uhr - 12.00 Uhr

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**



- Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Medikation müssen der Einrichtung umgehend schriftlich vorgelegt werden.
(zwingend erforderlich)

- Soweit erforderlich nimmt ein Elternteil bei Aktionen außerhalb der Tageseinrichtung, die besondere Sorgfalt benötigen, teil.

- Während der Betreuungszeiten muss die Anwesenheit einer in die Medikation eingewiesenen Mitarbeiterin, eines Mitarbeiters sowie deren Vertretung sichergestellt sein.
(zwingend erforderlich)

- Der Aufbewahrungsort der Medikamente ist in der Vereinbarung festzuhalten.
(zwingend erforderlich)

- Die Vereinbarung ist vom Träger, der Einrichtung sowie den Eltern/Personensorgeberechtigten mit Datum zu versehen und zu unterschreiben

Datum, Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Datum, Unterschrift Einrichtungsleitung

Datum, Unterschrift Träger

ADRESSE:

Hans-Grade-Allee 11
12529 Schönefeld

E-Mail: info@gemeinde-schoenefeld.de
Internet: www.gemeinde-schoenefeld.de

BANKVERBINDUNGEN:

Mittelbrandenburgische Sparkasse in Potsdam,
BIC: WELADED1PMB,
IBAN: DE35 1605 0000 3665 0211 53
Deutsche Kreditbank AG, BIC: BYLADEM1001,
IBAN: DE02 1203 0000 0000 4019 68
Deutsche Bank AG, BIC: DEUTDE33HAN,
IBAN: DE18 1207 0000 0330 4300 00

ÖFFNUNGSZEITEN:

Mo 13.00 - 15.00 Uhr
Di 9.00 Uhr - 12.00 Uhr und
13.00 Uhr - 18.00 Uhr
Mi geschlossen
Do 13.00 Uhr - 15.00 Uhr
Fr 9.00 Uhr - 12.00 Uhr

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**