



Anlage zum Betreuungsvertrag / Medikamentengabe

Einrichtung: _____

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Vor- u. Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Name des/der Erziehungsberechtigten: _____

Bevollmächtigung der Erziehungsberechtigten zur Medikamentengabe durch die pädagogischen Fachkräfte liegt vor? Ja Nein

Wie vereinbart, wurden dem o.g. Kind folgende Medikamente verabreicht:

Datum	Uhrzeit	Medikamente	Menge	Name	Unterschrift

Medikamentengabe nach entsprechender ärztlicher Verordnung

Änderungen bitte umgehend der Einrichtungsleitung mitteilen!



1. Voraussetzungen für die Medikamentengabe durch die pädagogischen Fachkräfte

- Nur medizinisch unvermeidliche und organisatorisch nicht auch durch die Erziehungsberechtigten durchführbare Medikamentengaben, sollen durch unterwiesene pädagogische Fachkräfte in der Einrichtung erfolgen,
- Es muss zwingend eine medizinische Verordnung zur Medikamentengabe durch den behandelnden Arzt vorliegen,
- Aus der Verordnung müssen die zweifelsfreie Dosierung sowie die zeitliche Vorgabe hervorgehen,
- Die personelle Zuständigkeit sowie die dafür erforderliche Zeitaufwendig muss festgelegt sein,
- Eine Abwesenheitsvertretung für die pädagogischen Fachkräfte muss geregelt sein,
- Die schriftliche Einverständniserklärung aller Personensorgeberechtigten muss vorliegen. Das vorliegende Formular gilt als Einverständniserklärung, wenn es durch alle Sorgeberechtigten unterschrieben wurde,
- Bei Anwendung von Notfall-Medikationen, müssen vorab die Symptome bei Eintreten des Notfalls und die genaue Dosierung festgelegt werden. Eine Unterweisung oder Schulung der pädagogischen Mitarbeiter durch eine Fachperson ist zu gewährleisten.

2. Verantwortung und Sicherheit

- Die Einrichtungsleitung übernimmt im Rahmen Ihrer Gesamt-Verantwortung, die Verpflichtung für einen sach- und fachgemäßen Umgang mit Arzneimitteln.
- Die Einrichtungsleitung benennt eine pädagogische Fachkraft als verantwortliche Person zur Aufbewahrung der Arzneimittel.
- Zur Dokumentation der Medikamentengabe wird das vorliegende Formular verwendet.
- Jede Medikamentengabe wird in der Tabelle vermerkt und durch Namen und Unterschrift durch die pädagogische Fachkraft bestätigt.
- Alle pädagogischen Fachkräfte erhalten Zugriff auf die personenbezogenen Daten des betroffenen Kindes sowie jegliche Informationen insbesondere zu Krankheiten, der Medikamentengabe im Bedarfsfall oder bei Eintritt eines Notfalls und der Anschrift des behandelnden Arztes.
- Der Standort der Dokumentationsunterlagen ist jedem Mitarbeiter der Einrichtung bekanntzugeben.
- Die Einrichtungsleitung bewahrt die Medikamente vor dem Zugriff der Kinder.
- Die Medikamente werden mit dem Namen des jeweiligen Kindes versehen und gemeinsam mit der jeweiligen ärztlichen Einnahmeanweisung in geeigneten und gekennzeichneten Behältnissen gelagert.
- Das Verfallsdatum ist gut sichtbar auf den Dokumentationsunterlagen sowie dem Behältnis aufzubringen.



3. Haftungsausschluss

- Das pädagogische Fachpersonal handelt stets in guter Absicht und im Interesse Ihres Kindes,
- Das pädagogische Fachpersonal kann in Verbindung mit der Medikamentengabe lediglich bei grob fahrlässiger oder Vorsatzhandlung zur Verantwortung gezogen werden,
- Die Erziehungsberechtigten stellen die Einrichtung, den Träger sowie das pädagogische Personal, bei Einhaltung der ärztlichen Vorgaben zur Medikamentengabe, von jeglichen zivilrechtlichen Schadenersatzansprüchen frei.

Der verantwortliche Umgang mit der Vergabe von Medikamenten ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal unserer Kindertagesstätte. Für die Kinder, die auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen sind, ist es wichtig, nicht vom Besuch der Einrichtung ausgeschlossen zu werden. Andererseits muss jedoch eine Gefährdung der Kinder ausgeschlossen werden.

Mit der Unterschrift entbinden die Personensorgeberechtigten den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht gegenüber der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft unserer Einrichtung, um im Bedarfsfall eine ungehinderte Kommunikation zwischen dem behandelnden Arzt und der Kindertagesstätte zu gewährleisten.

Mit meiner Unterschrift bevollmächtige ich die pädagogischen Fachkräfte der Kindertageseinrichtung, die erforderlichen Medikamente gemäß Verordnung

für mein Kind: _____ zu gegebener Zeit und / oder im Notfall nach den ärztlichen Vorgaben zu verabreichen.

Ort, Datum, _____

Unterschrift aller
Erziehungsberechtigten: _____

Unterschrift der
Einrichtungsleitung: _____