



.....
.....
.....
(Anschrift der Eltern oder der oder des allein Sorgeberechtigten)

Hort Zepernick
Schönerlinder Straße 47
16341 Panketal

- Vereinbarung über die Verabreichung von Medikamenten,**
- die Durchführung von medizinischen Hilfemaßnahmen/Notfallmaßnahmen,**
- die Kenntnisnahme über medizinische Besonderheiten.**

Hiermit ermächtige /-n ich/wir grundsätzlich den zuständigen ErzieherIn im Hort Zepernick

(Name des Erziehers)

meinem/unsere Kind _____

die in der Anlage genannten Medikamente zu verabreichen.
Die Verabreichung erfolgt im Rahmen unserer/ meiner/ Verantwortung und nach Maßgabe meiner Festlegungen auf der Grundlage einer entsprechenden, beigefügten ärztlichen Verordnung während der vorgesehenen Anwesenheit im Hort. Die Vereinbarung ist auch dann von Eltern, ErzieherIn und Leitung kenntnisnehmend zu unterschreiben, wenn das Medikament selbständig eingenommen wird. Ärztliche Diagnosen sind im Einzelfall beizubringen.

Das Medikament wird selbständig eingenommen. ja nein

Das Medikament wird gelagert: _____

(z.B. beim Kind in der Mappe oder Rucksack, im Kühlschrank.....)

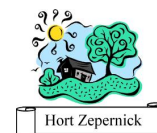
Die Beauftragung soll vom _____ bis zum _____ oder bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig sein.

Verlängerung bis zum _____ wird vereinbart.
(Datum angeben)

Im Fall der Verlängerung ist diese Vereinbarung erneut von allen beteiligten Personen zu unterschreiben.

Ärztliche Diagnose/Indikation/Medizinische Besonderheiten (von Eltern auszufüllen):

Weitere Hinweise (z.B. Anwendung als Notfallmedikament, Vorgehen bei Allergien, Unverträglichkeiten, Anfalleiden, Wahrnehmungsstörungen, chronische Beeinträchtigungen oder andere Besonderheiten/Beschwerden):



Vereinbarung über die Verabreichung von Medikamenten/ die Durchführung oder Kenntnisnahme von medizinischen Hilfsmaßnahmen

Erklärung der Eltern:

Wir stellen/ich stelle sowohl die unterzeichnende pädagogische Fachkraft als auch das Land Brandenburg sowie das Amt Panketal im Hinblick auf die Lagerung sowie die Einnahme und deren Überwachung von Medikamenten im Hort von jeglicher Haftung für Folgen frei.

Wir verpflichten uns/ich verpflichte mich darüber hinaus, im engen Kontakt mit der unterzeichnenden pädagogischen Fachkraft die jeweils erforderlichen aktuellen Informationen oder aktuellen ärztlichen Verschreibungen mitzuteilen und zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus informiere/n wir/ich die unterzeichnende pädagogische Fachkraft unverzüglich über Änderungen, die diese Vereinbarung betreffen.

(Datum/Unterschrift der sorgeberechtigten Personen)

Pädagogische Fachkraft des Hortes Zepernick

Kenntnisnahme der Selbstmedikation: _____
(Unterschrift der pädagogischen Fachkraft)

oder

Ich übernehme freiwillig die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Pflichten.

Mir ist bekannt, dass bei vorsätzlich oder grob fahrlässig verursachten Schäden Regressansprüche der gesetzlichen Unfallversicherung oder des Landes Brandenburg entstehen können.

Für den Fall, dass ich die hiermit vereinbarten Maßnahmen nicht weiter durchführen kann oder will, werde ich diese Vereinbarung schriftlich so rechtzeitig kündigen, dass eine angemessene Frist gewahrt bleibt.

Bei auftretenden Beschwerden werden schnellstmöglich die Eltern telefonisch informiert.

(Unterschrift der pädagogischen Fachkraft)

(Kenntnisnahme der Hortleitung)

Vertretung:

Die Vertretung in Ausnahmefällen (Krankheit /Feriensituation) wird auf freiwilliger Basis durch unterwiesenes Personal der Einrichtung gewährleistet.

Anlagen:

1. Ärztliche Verordnung
2. Kopie des Beipackzettels

Anlage zur Vereinbarung über die Verabreichung von Medikamenten in einer Kindereinrichtung der Gemeinde Panketal

Vorname und Name des Kindes

Geburtstag des Kindes

Ärztliche Diagnose/Indikation (mit Erlaubnis der Eltern):

Medikamentengabe gemäß Verordnung vom _____ (Als Anlage beigefügt)

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

Folgende Medikamente werden nur im Notfall verabreicht:

	1.	2.	3.
	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes
Morgens	Uhrzeit, vor/nach dem Essen:	Uhrzeit, vor/nach dem Essen:	Uhrzeit, vor/nach dem Essen:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
	Verabreichungsform:	Verabreichungsform:	Verabreichungsform:
Mittags	Uhrzeit, vor/nach dem Essen:	Uhrzeit, vor/nach dem Essen:	Uhrzeit, vor/nach dem Essen:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
	Verabreichungsform:	Verabreichungsform:	Verabreichungsform:
Nachmittags	Uhrzeit, vor/nach dem Essen:	Uhrzeit, vor/nach dem Essen:	Uhrzeit, vor/nach dem Essen:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
	Verabreichungsform:	Verabreichungsform:	Verabreichungsform:
Bemerkungen / Dauer der Einnahme			

(Ort und Datum)

(Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin)