

2a) Vereinbarung Medikamentenverabreichung

(Rechtsgrundlage: § 50a Ärztegesetz 1998)

Name des Kindes geb.am.....

Betreuungseinrichtung Ort

Ermächtigung durch die Erziehungsberechtigten:

Hiermit ermächtige ich die Betreuungspersonen

1)..... Unterschrift

2)..... Unterschrift

3) bei Mehrfachnennungen siehe angehängte Liste

meinem Kind nach ärztlicher Unterweisung die unten angeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen/die Medikamenteneinnahme zu überwachen (nicht Zutreffendes streichen). Das Medikament wird von mir in ordnungsgemäßem Zustand in der Originalverpackung den ermächtigten Betreuungspersonen samt Beipacktext zur Verfügung gestellt und rechtzeitig erneuert. Für Rückfragen erhält die Betreuungseinrichtung immer meine aktuelle Telefonnummer

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Vom Arzt/ von der Ärztin auszufüllen:

Die unten angeführten Medikamente müssen wie folgt eingenommen bzw. verabreicht werden:

Name des Medikamentes	Uhrzeit	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Maßnahme z.B. KG-Jahr 2022/23

Ich habe die Übertragung der oben angeführten ärztlichen Tätigkeit/en gem. § 50a Ärztegesetz 1998 durchgeführt (siehe Übertragungserklärung).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes