2b) Vereinbarung med. - pflegerische Tätigkeit

(Rechtsgrundlage: § 50a Ärztegesetz 1998)

Name des Kindes	geb.am
Betreuungseinrichtung	Ort
Hiermit ermächtige ich folgende Betreuungsperson	en
1)	Unterschrift:
2)	Unterschrift:
3) bei Mehrfachnennung siehe angehängte Liste	
an meinem Kind die unten angeführten Tätigkeiten Übertragung durchzuführen.	bis auf Widerruf nach vorgeschriebener ärztlicher
Ort, Datum	Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten
Vom Arzt / von der Ärztin auszufüllen: Folgende Tätigkeiten sind zu den angeführten Zeiten /im Anlassfall (nicht Zutreffendes streichen) durchzuführen: Art der Tätigkeit (z.B. Blutzuckermessung, Verabreichung Uhrzeit	
von Sondennahrung etc.)	
Ich habe die Übertragung der oben angeführten ärztlichen Tätigkeit gem. § 50a Ärztegesetz 1998 durchgeführt (siehe Übertragungserklärung).	
Ort, Datum Name	und Unterschrift der Ärztin/des Arztes