

**ERKLÄRUNG ÜBER DIE EINNAHME VON MEDIKAMENTEN WÄHREND DES  
TAGESHEIMAUFENTHALTES**

Das Kind .....  
geb. am .....  
ist wegen .....  
bei Frau/Herrn .....  
.....  
Anschrift der Praxis, Telefonnummer  
in Behandlung.

Ich/wir bitten, dass meinem/unserem Kind während des Tagesheimaufenthaltes, nach den dort möglichen Bedingungen folgende Medikamente verabreicht werden:

Name des Medikamentes .....  
Art (Tabletten, Saft, etc.) .....  
Menge .....  
Uhrzeit .....  
Besondere Vorschriften, Risiken .....

.....  
Ich/wir verpflichten uns die zuständigen Mitarbeiter unverzüglich zu informieren, wenn eine Änderung der Medikation erfolgt (neues Medikament, Beendigung der Medikamentengabe, etc.)

.....  
Datum ..... Unterschrift und Stempel des Arztes

.....  
Datum ..... Unterschrift der Sorgeberechtigten

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Für Rückfragen im Zusammenhang mit der o.g. medikamentösen Behandlung entbinde ich/wir den/die behandelndes Arzt/Ärztin von der Schweigepflicht.

.....  
Datum ..... Unterschrift der Sorgeberechtigten