

M E D I K A M E N T E N E R K L Ä R U N G

Das Kind, geb.

ist in Behandlung wegen.....

bei Frau/Herrn Dr.

Adresse/Tel.-Nr.

Ich/Wir bitte, dass meinem/unserem Kind zu dem in der Einrichtung möglichen Bedingungen folgende **ärztlich verordnete** Medikamente gegeben werden:

Name des Medikamentes	Darreichungsform	Dosierung	Uhrzeiten	Besondere Einnahmenvorschriften
-----------------------	------------------	-----------	-----------	---------------------------------

.....
.....
.....

Voraussichtliche Dauer der Behandlung:

Notfallmaßnahmen:

Hiermit versichere ich/wir, dass die Medikamentierung wie oben aufgeführt vom behandelnden Arzt/Ärztin festgesetzt wurde.

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, die Einrichtung unverzüglich über jede Änderung der Medikamentierung /neue Medikamente, Beendigung der Medikamentierung, Änderung der Dosierung, etc.) zu informieren.

Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

Entbindung von der Schweigepflicht

Für Gespräche und Rückfragen für Notfallmedikamente und Medikation bei chronischer Erkrankung entbinde ich/wir hiermit die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt von der Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten