

Anlage zum Vertrag zwischen Tagespflegeperson und Eltern – für die
Tagespflegeperson

**Vollmacht zur Medikamentengabe bzw. ärztlichen Behandlung eines
Tageskindes im Notfall**

Die Tagespflegeperson übernimmt während der Betreuungszeit die Medikamentengabe gemäß der Verordnung des behandelnden Arztes/Ärztin. Wurden die Medikamente nicht ärztlich verordnet, erfolgt die Medikamentengabe nach den schriftlichen Vorgaben der Eltern.

Die Medikamente sind von den Eltern zu besorgen und mit Originalverpackung und Packungsbeilage der Tagespflegeperson zur Verfügung zu stellen. Diese muss die Eltern bei Nutzung der Medikamente über den Verbrauch informieren, für ausreichenden und rechtzeitigen Nachschub haben die Eltern zu sorgen.

Hiermit bevollmächtige/n ich / wir

**als Eltern / Personensorgeberechtigte/n
(hier: Vollmachtgeber)**

Name, Vorname, Anschrift, Telefon

des Kindes / der Kinder

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes/ der Kinder

Das Kind ist (selbst / über die Familienversicherung) krankenversichert bei

_____ unter der Nummer _____

folgende Tagespflegeperson

Name, Vorname, Anschrift, Telefon

zur Medikamentengabe.

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

Name des Medikaments

Uhrzeit/en

Dosierung

Bemerkungen

Name und Anschrift des verordnenden Arztes:

Name des Arztes/ Ärztin

Anschrift, Telefonnummer

Hiermit entbinde(n) wir / ich den Arzt / die Ärztin _____ von der Schweigepflicht bezüglich Rückfragen zur Medikamentenvergabe für mein / unser Kind im Rahmen der Betreuung in der Kindertagespflege.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Personensorgeberechtigte/n

Unterschrift der Tagespflegeperson

zur ärztlichen Behandlung des Tageskindes im Notfall

Hiermit bevollmächtige/n ich / wir

**als Eltern / Personensorgeberechtigte/n
(hier: Vollmachtgeber)**

Name, Vorname, Anschrift, Telefon

des Kindes / der Kinder

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes/ der Kinder

Folgende Tagespflegeperson (hier: Bevollmächtigte/r)

Name, Vorname, Anschrift, Telefon

in Eil- und Notfällen mit dem Kind einen Arzt / eine Ärztin oder ein Krankenhaus, welche im Folgenden benannt sind, aufzusuchen.

In diesem Fall darf die Tagespflegeperson über den Gesundheitszustand des Kindes umfangreich Auskunft geben.

Jeweils in Kopie sind Krankenversichertenkarte sowie Impfausweise des Kindes / der Kinder bei der Tagespflegeperson hinterlegt. Die Vollmacht ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch einen amtlichen Ausweis identifizieren kann. Diese Vollmacht kann in der Zukunft jederzeit widerrufen werden.

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte:

Name des (Kinder-/ Haus-) Arztes / Ärztin: _____

Anschrift, Telefonnummer: _____

Name des Zahnarztes /-ärztin: _____

Anschrift, Telefonnummer: _____

Name des gewünschten Krankenhauses: _____

Anschrift, Telefonnummer: _____

Name, Anschrift, Telefonnummer und Versicherungsnummer der zuständigen Krankenkasse, bei der das Tageskind / die Tageskinder versichert ist / sind

Ort, Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten