



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG MEDIKAMENTENABGABE

Die TaBa übernimmt ausschliesslich unvermeidliche und organisatorisch von den Eltern zu Hause nicht durchführbare Verabreichungen von Medikamenten.

Es wird unterschieden zwischen

1. der regelmässigen Abgabe von Medikamenten und
2. der notfallmässigen Abgabe von Medikamenten im Falle einer bekannten allergischen oder Überempfindlichkeitsreaktion.

Bitte füllen sie den Sie betreffenden Teil aus und lassen sie das Formular von Ihrem Hausarzt/Kinderarzt unterzeichnen.

Name und Vorname des Kindes:

.....

### 1. Regelmässige Abgabe folgender Medikamente

Wir sind einverstanden, dass das Betreuungsteam der TaBa Innenstadt unserem Kind die folgenden, von uns in der TaBa hinterlegten Medikamente verabreicht:

Zeit	Name des Medikamentes	Dosierung und Anwendungsweise
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		

## 2. Abgabe von Medikamenten im Falle einer allergischen oder Überempfindlichkeitsreaktion

Wir sind einverstanden, dass das Betreuungsteam der TaBa Innenstadt unserem Kind im Falle einer Überempfindlichkeits- oder allergischen Reaktion die folgenden, von uns in der TaBa hinterlegten Medikamente verabreicht:

Nach Verabreichung dieser Medikamente informiert die TaBa die Erziehungsberechtigten unverzüglich.

Name des Medikamentes	Wann anwenden (Symptome)	Dosierung und Anwendungsweise
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

### Erziehungsberechtigte

.....  
Name(n) und Vorname(n)

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift(en)

### Haus-/Kinderarzt

.....  
Name, Vorname und Adresse

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift

### Betriebsleitung TaBa Innenstadt

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift