



## 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 umfänglich 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