

VEREINBARUNG

zwischen

der

Stadt Bernau bei Berlin,

Träger der Kindertageseinrichtung „_____ (Name der Einrichtung) _____“
_____ (Anschrift der Kita) _____

vertreten durch den Bürgermeister,

dieser vertreten durch _____, Leiterin der Kita,

- nachfolgend bezeichnet als Kita -

und

den/der/dem

Personensorgeberechtigten (Eltern)

Name/n: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Tel. Nr.: _____

- nachfolgend bezeichnet als Personensorgeberechtigte/r -

über die Verabreichung von Medikamenten an dem Kind der/des
Personensorgeberechtigten während der Betreuungszeit in der Kita-Einrichtung.

I. Ermächtigung

Die Personensorgeberechtigte/n/der Personensorgeberechtigte des Kindes

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____

ermächtigen alle Erzieherinnen bzw. Erzieher der Kita „ (Name der Einrichtung)...“¹
 die Erzieherin/den Erzieher („Vertrauenserzieher/in“):²

Frau/Herrn: _____ sowie

Frau/Herrn: _____,

und in ihrer/seiner Vertretung

Frau/Herrn: _____,

Frau/Herrn: _____ sowie

Frau/Herrn: _____,

ihrem Kind die unter Punkt 2. dieser Vereinbarung aufgeführten Medikamente unter
Beachtung der dort benannten Angaben zu verabreichen.

¹ bei der Ermächtigung zur Gabe von Notfall-Medikamenten

² bei der Ermächtigung zur regelmäßigen Medikamentengabe (befristete oder Dauertherapie)

II. Medikation

- Wird vom behandelnden Arzt ausgefüllt.
- Wird aufgrund vorliegender und der Vereinbarung als Anlage beiliegender Verordnung des behandelnden Arztes ausgefüllt.

Das Kind

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____

muss aufgrund folgender ärztlicher Diagnose:

während der Betreuungszeit in der Kita folgendes Medikament zu den genannten Zeiten in der jeweils bezeichneten Weise einnehmen:

	1. Medikament	2. Medikament	3. Medikament
Name des Medikaments:	_____	_____	_____
Verfallsdatum: ³			
Dauer der Einnahme	<input type="radio"/> regelmäßig (Dauerth.) <input type="radio"/> von: _____ bis: _____ <input type="radio"/> Nur in Notfall-Situationen!	<input type="radio"/> regelmäßig (Dauerth.) <input type="radio"/> von: _____ bis: _____ <input type="radio"/> Nur in Notfall-Situationen!	<input type="radio"/> regelmäßig (Dauerth.) <input type="radio"/> von: _____ bis: _____ <input type="radio"/> Nur in Notfall-Situationen!
Darreichungsform:	<input type="radio"/> Tabletten <input type="radio"/> Tropfen <input type="radio"/> Salbe <input type="radio"/> Injektion durch Pen	<input type="radio"/> Tabletten <input type="radio"/> Tropfen <input type="radio"/> Salbe <input type="radio"/> Injektion durch Pen	<input type="radio"/> Tabletten <input type="radio"/> Tropfen <input type="radio"/> Salbe <input type="radio"/> Injektion durch Pen
Information zur Verabreichung:			
früh:	Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____
	Dosierung: _____	Dosierung: _____	Dosierung: _____
mittags:	Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____
	Dosierung: _____	Dosierung: _____	Dosierung: _____
nachmittags:	Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____
	Dosierung: _____	Dosierung: _____	Dosierung: _____
abends:	Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____
	Dosierung: _____	Dosierung: _____	Dosierung: _____

³ Wird die Medikation durch den behandelnden Arzt ausgefüllt, so ist das Verfallsdatum der Medikamente durch eine der Parteien der Vereinbarung nachzutragen.

	1. Medikament	2. Medikament	3. Medikament
Name des Medikaments:	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
Symptome für Notfall-Situation, die zur Verabreichung des Notfall-Medikamentes führen:			
Mögliche Wechselwirkungen nach Einnahme des Medikaments			
Notfallmaßnahmen aufgrund von starken Wechselwirkungen			
Lagerung des Medikamentes			

⁴Weitere Bemerkungen des behandelnden Arztes: _____

Ort, Datum: _____

*Stempel der
Arztpraxis*

Unterschrift des
behandelnden Arztes: _____

Name des behandelnden Arztes: _____

Telefonnummer der Arztpraxis: _____

⁴ Das folgende Kästchen ist vom behandelnden Arzt auszufüllen, wenn er die Medikation selbst in die Vereinbarung eingetragen hat.

III. Pflichten der jeweiligen Personensorgeberechtigten und der Erzieher/innen

- (1) Diese Vereinbarung ergänzt den Betreuungsvertrag vom _____.
- (2) Die Personensorgeberechtigten versichern, dass es sich bei der vorzunehmenden Medikamentengabe um eine **medizinisch unvermeidliche und organisatorisch nicht durch sie selbst während der Betreuungszeit durchführbare Maßnahme** handelt. Die Personensorgeberechtigten erklären dass die Medikamentengabe nicht auf zeitliche Phasen vor oder nach der Betreuung verschoben werden kann.
- (3) Die Personensorgeberechtigten verpflichten sich, **bei notwendigen Änderungen hinsichtlich der Medikamentengabe die Kita-Einrichtung unverzüglich zu informieren** und eine aktuelle ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
- (4) Bei Bedarf sichern die Personensorgeberechtigten eine umfassende und fachlich exakte **Unterweisung der unter Punkt I benannten Erzieher/innen** zu. Die erste Unterweisung erfolgt spätestens bei Unterzeichnung dieser Vereinbarung. Danach erfolgt sie in regelmäßigen Zeitabständen, mindestens zwei Mal jährlich. Eventuell mit der Unterweisung entstehende Kosten, z. Bsp. durch die Hinzuziehung von Fachpersonal, tragen die Personensorgeberechtigten
- (5) Soweit der behandelnde Arzt die Medikation unter Punkt II nicht selbst eingetragen und unterzeichnet hat, haben die Personensorgeberechtigten mit Unterzeichnung dieser Vereinbarung eine **schriftliche Verordnung des behandelnden Arztes** vorzulegen, aus der die Angaben zu Punkt II dieser Vereinbarung bezüglich des zu verabreichenden Medikaments, der Dosierung und des Zeitpunktes der Einnahme eindeutig hervorgehen und, aus welcher sich die Notwendigkeit der Verabreichung des jeweiligen Medikaments während der Betreuungszeiten ergibt. Liegt für das betroffene Kind ein Allergieausweis bzw. ein Notfallpass vor, so ist der Vereinbarung auch eine Kopie dieser Ausweise anzufügen.
- (6) Die Personensorgeberechtigten haben der/dem Erzieher/in das **Medikament in Originalverpackung nebst Packungsbeilage** zu übergeben. Das Medikament darf nicht durch die Kinder mitgeführt werden.
- (7) Das **Verfallsdatum** ist von beiden Parteien zu vermerken und zu beachten. Nicht mehr benötigte Medikamente sind an die Personensorgeberechtigten zurückzugeben.
- (8) Das **Medikament wird nur durch die in der Vereinbarung benannten Erzieher/innen verabreicht**.
Sollten an einem oder mehreren Tagen alle benannten Erzieher/innen nicht in der Einrichtung anwesend sein, so kann eine Betreuung des Kindes in dieser Zeit nicht gewährleistet werden. Die Personensorgeberechtigten sind in einem solchen Fall verpflichtet, für eine anderweitige Betreuungsmöglichkeit zu sorgen. Die Kita ist verpflichtet, die Personensorgeberechtigten unverzüglich über die Abwesenheit der benannten Erzieher zu informieren. Wünschen die Personensorgeberechtigten dennoch die Betreuung ihres Kindes in der Einrichtung, so haben sie dies schriftlich zu erklären.
- (9) Bei der regelmäßigen unbefristeten Verabreichung von Medikamenten (Dauertherapie) ist die ärztliche Verordnung durch den behandelnden Arzt jeweils in einem zeitlichen Abstand von 6 Monaten erneut auf ihre medizinische Wirksamkeit zu überprüfen und durch diesen zu bestätigen.
- (10) Die Erzieher/innen versichern den verantwortlichen Umgang mit dem Medikament. Die **Medikamentengabe wird von den Erzieher/innen schriftlich dokumentiert** und kann von den Personensorgeberechtigten jederzeit eingesehen werden.

- (11) Die Erzieher/innen verpflichten sich, das mit dem Namen des Kindes versehene **Medikament** zusammen mit einer Kopie dieser Vereinbarung einschließlich der ärztlichen Anordnung in einem dafür vorgesehenen, gesonderten Bereich sachgerecht und kindersicher **aufzubewahren**. Hierbei sind die Hinweise auf dem Beipackzettel zu beachten.

IV. Datenschutz

Die im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung erfassten Daten werden nur solange mit sofortiger Zugriffsmöglichkeit gespeichert, wie es zur Erfüllung der Vereinbarung notwendig ist. Die Daten werden gegen unbefugte Kenntnisnahme gesichert. Die Erzieher/innen versichern, im Zusammenhang mit der Medikamentengabe erlangtes Wissen über das betroffene Kind nur für diesen Zweck zu verwenden.

V. Bestandteil der Vereinbarung

Soweit der behandelnde Arzt die Medikation unter Punkt II dieser Vereinbarung nicht selbst ausgefüllt hat, ist die von ihm unterzeichnete ärztliche Verordnung mit allen erforderlichen Daten für die Medikamentengabe Bestandteil der Vereinbarung.⁵

VI. Weitere Regelungen bzw. Anmerkungen

VII. Geltungsdauer

- Diese Vereinbarung gilt,
 - bis zur Mitteilung der Personensorgeberechtigten, dass das Kind das Notfall-Medikament nicht mehr benötigt, längstens bis zur Beendigung des laufenden Betreuungsvertrages für das Kind.
 - für 6 Monate, also bis zum: _____ (bei Dauertherapie)
 - bis zum: _____ (bei befristeter Therapie).
 - bis zu ihrer schriftlichen Kündigung durch die Personensorgeberechtigten.
 - bis zu ihrer schriftlichen Kündigung durch die Kita-Einrichtung, wenn die regelmäßige Medikamentengabe durch die unter Punkt I der Vereinbarung benannten Erzieher nicht mehr gewährleistet werden kann.
- Bei einer Dauertherapie verlängert sich die Geltungsdauer der Vereinbarung jeweils um weitere 6 Monate, wenn durch den behandelnden Arzt erneut die Bestätigung der medizinischen Wirksamkeit der ärztlichen Verordnung erfolgt ist. (III. 9/VII Punkt 2) Die Bestätigung ist der Vereinbarung als Anlage beizufügen. Für den jeweiligen Fristablauf gilt der Tag der ärztlichen Verordnung sechs Monate nach dem auf der Verordnung aufgeführten Monat.

Bernau bei Berlin, den _____

Leiter/in der Kita

Personensorgeberechtigte/r

⁵ Die ärztliche Verordnung ist der Vereinbarung als Anlage nur beizulegen, wenn der behandelnde Arzt die Eintragungen unter Punkt II. (Medikation) nicht selbst vorgenommen hat.