

Medikamentengabe – Muster IV
------------------------------

**Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht****Eltern/Personensorgeberchtigte:**

Name:.....Name:.....

Vorname:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:.....Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....Anschrift:.....

**Wir entbinden hiermit:****Die Ärztin/den Arzt/die Ärzte**

Adresse:.....

Telefon:.....

Email:.....

Fax:.....

von der ärztlichen Schweigepflicht bzgl. der Behandlung unseres Kindes/Pflegekindes:

Name, Vorname .....Geburtsdatum:.....

und bitten auf Anfrage Informationen über seinen Gesundheitszustand und allen damit in Zusammenhang stehenden Umständen zu erteilen. Die Entbindung gilt gegenüber folgendem mit der Kinderbetreuung befassten Träger bzw. folgender Kindertageseinrichtung:

Träger..... Kindertageseinrichtung.....

Adresse:..... Adresse:.....

Telefon/Handy:..... Telefon/Handy:.....

Email:/Fax:..... Email:/Fax:.....

Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden. Wir bestätigen/ich bestätige hiermit, dass wir/ich durch den Träger/die Kindertageseinrichtung ausführlich über den Sinn und Zweck dieser Erklärung und über die Folgen der Nichtabgabe beraten worden sind/bin.

Ort, Datum

 Unterschrift der Eltern/  
 Personensorgeberechtigten

