

# Vereinbarung ärztliche Tätigkeit



Name des Kindes:.....

geb.am.....

Kindergarten:.....

Gruppe:.....

Hiermit ermächtige ich folgende Betreuungspersonen (bitte einzeln nennen und unterschreiben bzw. bei Mehrfachnennungen Namensliste mit Unterschriften anhängen)

1).....Unterschrift:.....

2).....Unterschrift:.....

3) bei Mehrfachnennung siehe angehängte Liste

an meinem Kind die unten angeführten Tätigkeiten bis auf Widerruf nach vorgeschriebener ärztlicher Übertragung durchzuführen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

## Vom Arzt / von der Ärztin auszufüllen:

Folgende Tätigkeiten sind zu den angeführten Zeiten /im Anlassfall (nicht Zutreffendes streichen) durchzuführen:

Art der Tätigkeit (z.B. Blutzuckermessung, Verabreichung von Sondennahrung etc.)	Uhrzeit

Ich habe die Übertragung der oben angeführten ärztlichen Tätigkeit gem. § 50a Ärztegesetz 1998 durchgeführt (siehe Übertragungserklärung).

.....  
Ort, Datum

.....  
Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes