**Anhang II**

**Erklärung über die Notwendigkeit der Einnahme von Medikamenten**

**Zum Betreuungsvertrag für das Kind:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Das o.g. Kind hat an einer Erkrankung gelitten bzw. leidet an einer Erkrankung, welche die Einnahme von Medikamenten während der Betreuungszeit zwingend erforderlich macht, um den Erfolg der Behandlung zu sichern und/ oder um eine Verschlechterung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes zu verhindern.

Folgende Medikamente sind vom  bis  zu verabreichen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name des Medikaments |  | Name des Medikaments |  |
| Dosierung |  | Dosierung |  |
| Anwendungs-hinweise |  | Anwendungs-hinweise |  |
| Bemerkungen |  | Bemerkungen |  |
| Ggf. Unterschrift des behandelnden Arztes sofern es sich um verschreibungspflichtige Medikamente handelt |  | Ggf. Unterschrift des behandelnden Arztes sofern es sich um verschreibungspflichtige Medikamente handelt |  |

Dortmund,

|  |  |
| --- | --- |
| Unterschrift  Person 1 | Unterschrift  Person 2 |