

2b) Vereinbarung med. - pflegerische Tätigkeit

(Rechtsgrundlage: § 50a Ärztegesetz 1998)

Name des Kindes geb.am.....

Betreuungseinrichtung Ort

Hiermit ermächtige ich folgende Betreuungspersonen

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

.....
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