

Medikamentengabe in Kindertageseinrichtungen**Daten des Kindes**

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Name & Anschrift des Arztes/Ärztin: _____

Daten des/der Erziehungsberechtigten

Festnetz: _____

Mobil: _____

Arbeit: _____

Ärztliche Verordnung

Art/Name der Erkrankung:

Medikament:

Darreichungsform:

Art der Verabreichung:

Dosierung:

Wann bzw. Wie häufig am Tag sollte das Medikament verabreicht werden?

weitere Notfallmaßnahmen:

Mögliche Nebenwirkungen:

Lagerung des Medikaments:

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel des Arztes / Ärztin

Ermächtigung der Erziehungsberechtigten

Hiermit ermächtigen wir _____,

die eingewiesenen* Mitarbeiter-/innen der Kindertageseinrichtung: _____

unserem o.g. Kind das von der Ärztin / dem Arzt angegebene Medikament in der vorgeschriebenen Dosierung zu der angegebenen Zeit für die vorgeschriebene Behandlungsdauer zu verabreichen / anzuwenden.

Wir werden das vorliegende Attest regelmäßig alle 6 Monate oder bei einer Änderung der Medikation unaufgefordert erneuern. Falls notwendig werden wir eine erneute Einweisung der Mitarbeiter-/innen veranlassen bzw. durchführen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungs- / Sorgeberechtigte

Einweisung durch den Arzt/Ärztin und/oder die Erziehungsberechtigten

Name der Erkrankung:

Symptome der Erkrankung:

Woran ist der Notfall erkennbar:

Welche Maßnahmen sind im Notfall zu ergreifen:

- Medikamentengabe gemäß den ärztlichen Vorgaben (Attest)

Eingewiesene Personen:

Ort, Datum & Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) / Arzt / Ärztin