

# Medikamentengabe in der ev. Kindertagesstätte Alsheim

Name, Vorname des Kindes:	Geburtsdatum des Kindes:

## Ärztliche Verordnung: Folgendes Medikament muss dem o. g. Kind verabreicht werden:

Medikament: \_\_\_\_\_  
(Name der Arznei)

Dosierung: \_\_\_\_\_  
(Welche Mengen pro Einnahme)

Form der Verabreichung: \_\_\_\_\_  
(Auftragen, Schlucken, etc.)

Zeitliche Vorgabe: \_\_\_\_\_  
(Wann und wie häufig pro Tag?)

Verabreichungszeitraum: \_\_\_\_\_  
(von... bis ...)

Lagerung des Medikaments: \_\_\_\_\_  
(Ort, Temperatur, etc. )

Mögliche Nebenwirkungen: \_\_\_\_\_  
(Beipackzettel/was ist zu beachten?)

Notfallmaßnahmen: \_\_\_\_\_  
(Telefon-Nr. der Ärztin / des Arztes)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

## Ermächtigung der Eltern / des /der Sorgeberechtigten:

Hiermit ermächtige/-n ich / wir \_\_\_\_\_  
Name Eltern / Sorgeberechtigten

Die Kindertagesstätte \_\_\_\_\_  
Name Kindertagesstätte

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Leitung Kindertagesstätte