

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