**Medikamentengabe in Kindertageseinrichtungen   
- Krippe & Kindergarten Löwenzähnchen am Entenmoos -**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname des Kindes: | Geburtsdatum des Kindes: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ärztliche Verordnung:**  Folgendes Medikament muss dem o.g. Kind verabreicht werden:   |  |  | | --- | --- | | **Medikament:**  (Name der Arznei) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Dosierung (Welche Menge pro Einnahme) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Form der Verabreichung:**  (Auftragen, Schlucken, etc.) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Zeitliche Vorgabe:**  (Wann und wie häufig pro Tag?) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Verabreichungszeitraum:** (von… bis…) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Lagerung des Medikamentes:** (Ort, Temperatur, etc.) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Mögliche Nebenwirkungen:**  (Beipackzettel / Was ist zu beachten?) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Notfallmaßnahmen:**  (Tel.-Nr. der Ärztin/ des Arztes) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Ort, Datum |  | Unterschrift und Stempel der Ärztin/ des Arztes | |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **Ermächtigung des Personensorgeberechtigten:**  Hiermit ermächtige/-n ich / wir \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Name Personensorgeberechtigte)  das **Team von Krippe & Kindergarten Löwenzähnchen am Entenmoos** unserem/dem 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.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift Personensorgeberechtige Datum, Unterschrift Leitung KiTa Löwenzähnchen |