**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  |