

## Medikamentengabe

Aufgabenübertragung an folgende Person: \_\_\_\_\_

an folgende Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Bei korrekter Einhaltung der Aufgabenübertragung ist die Person/Einrichtung von Haftung jeder Art ausdrücklich freigestellt.**

Name des Kindes: _____	Geb.Datum: _____
Gruppe: _____	
Medikament: _____ (Name der Arznei)	
Das Medikament ist frei verkäuflich <input type="radio"/>	verschreibungspflichtig <input type="radio"/>
Dauermedikation <input type="radio"/>	Akutmedikation <input type="radio"/> (bitte ankreuzen)

**Medikament muss in Originalverpackung, mit Beipackzettel abgegeben werden!  
Der Name des Kindes, das Geburtsdatum und das Anbruchs Datum sind von den Eltern auf dem Medikament zu vermerken!**

Verabreichung:

Dosierung: \_\_\_\_\_  
(Welche Menge pro Einnahme)Art der Anwendung: \_\_\_\_\_  
(Auftragen, Schlucken, etc.)Zeitliche Vorgabe: \_\_\_\_\_  
(Wann und wie häufig pro Tag?)Wechselwirkungen: \_\_\_\_\_  
(Was ist zu beachten?)

Behandlungsdauer: \_\_\_\_\_

Ärztliche Verordnung:  liegt vor  liegt nicht vor

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. des Arztes: \_\_\_\_\_

Die Verabreichung erfolgt durch die Mitarbeiter der Kindertageseinrichtung.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Arzt Ort, Datum