

Medikamentengabe und Notfallmedikation

Name des Kindes _____
Vorname des Kindes _____
Geburtsdatum des Kindes _____

Benanntes Kind muss aufgrund folgender ärztlicher Diagnose _____

während des Besuches der Kindertageseinrichtung folgende Medikamente einnehmen:

Regelmedikation	<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> dauerhaft (in diesem Fall Erneuerung alle 6 Monate)	
Name des Medikaments		
Verabreichungsart (z. B. Tablette, Tropfen, Salbe)		
Dosierung in der Kindertageseinrichtung	<input type="checkbox"/> morgens _____ Uhr <input type="checkbox"/> mittags _____ Uhr <input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr	<input type="checkbox"/> morgens _____ Uhr <input type="checkbox"/> mittags _____ Uhr <input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr
Einnahmedauer		
Hinweise zur Einnahme (z. B. vor/nach Mahlzeit, Wechselwirkung usw.)		
Lagerungshinweise für das Medikament		

Notfallmedikation (Erneuerung alle 6 Monate)	
Name des Medikaments	
Notfallsymptome	
Vorgehen im Notfall	
mögliche Nebenwirkungen	
Hinweise zur Medikamentengabe	
Lagerungshinweise für das Medikament	

Aus ärztlicher Sicht ist die Medikamentengabe während des von den Personensorgeberechtigten mitgeteilten Besuches der Kindertageseinrichtung unbedingt notwendig und kann nicht auf Zeiten vor oder nach dem Einrichtungsbesuch verschoben werden.

Die Daten zum Notfallmedikament stimmen mit den Daten des Notfallpasses überein. Änderungen im Notfallpass müssen der Einrichtungsleitung umgehend gemeldet werden. Das Formular muss alle 6 Monate erneuert werden, um die Aktualität zu prüfen.

Name, Vorname der Ärztin/des Arztes: _____

Telefonnummer der Ärztin/des Arztes: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Ermächtigung der pädagogischen Fachkräfte zur Medikamentengabe und Schweigepflichtentbindung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir die pädagogischen Fachkräfte der Kindertageseinrichtung

(Name der betreuenden Einrichtung)

meinem/unserem Kind das/die ärztlich verordnete(n) Medikament(e) in beschriebener Art und Weise zu verabreichen.

Es ist mir/uns bewusst, dass pädagogische Fachkräfte über keine medizinische Ausbildung verfügen und während des Einrichtungsbetriebes Fehler bei der Medikamentengabe unbeabsichtigt unterlaufen können. Hiermit entbinde ich/entbinden wir oben genannte Ärztin/genannten Arzt von der Schweigepflicht bezüglich Rückfragen zur Medikamentengabe.

wichtige Hinweise aus Sicht der/des Personensorgeberechtigten:
--

Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1

Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 2

Datum der Entgegennahme

Unterschrift der Einrichtungsleitung