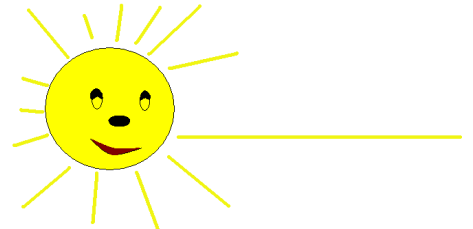


# Medikamentengabe

## Information für die Kita



Sofern Ihr Kind nach dem Infektionsschutzgesetz § 34 Abs. 5 S. 2 die Einrichtung der KiTa „Haus Sonnenschein“ besuchen kann, aber für die Gesundheit bzw. Erhaltung lebenswichtiger Funktionen eine Medikamentengabe erforderlich ist, nutzen Sie bitte nachfolgenden Bogen. Diesen nehmen Sie bitte mit zum Arzt und lassen sich diesen ausfüllen. Nur nach den ärztlichen Anweisungen und der Ermächtigung der Eltern zur Medikamentengabe **kann** \* eine Verabreichung erfolgen.

Name, Vorname des Kindes	Geburtstag	Gruppe

### Vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen:

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
<b>Morgens:</b>	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:
<b>Mittags:</b>	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:
Bemerkung/ Dauer der Eingabe/ Sonstiges:		

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

### Ermächtigung der Eltern/ des/ der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/ wir

\_\_\_\_\_  
Name der Eltern, Sorgeberechtigten

die/ den Erzieher/-in

\_\_\_\_\_  
Name der Erzieherin/ des Erziehers

meinem/ unserem Kind

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

die obig aufgeführten und vom Arzt bestätigten Medikamente zu den angegebenen Zeiten und mit erforderlicher Dosierung zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern/ des/ der Sorgeberechtigten

\* Die Einrichtungsleitung/ der / die Gruppenerzieher/ -in behält sich die Entscheidung über eine Medikamentengabe vor und ist nicht zu dieser verpflichtet.

## *Empfangsbestätigung für aufgeführte/s Medikament/e*

	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
	Menge	Menge
Der Beipackzettel der aufgeführten Medikament/e liegt/ liegen bei.		
Ort, Datum		Unterschrift der Erzieherin/ des Erziehers

### Telefonische Erreichbarkeit der Eltern:

Notfalltelefonnummer

Name der Eltern, Sorgeberechtigten	Telefonnummer
Name der Eltern, Sorgeberechtigten	Telefonnummer

### Telefonische Erreichbarkeit des verordneten Arztes:

Notfalltelefonnummer Arzt

Name des Arztes	Telefonnummer
-----------------	---------------

## Dokumentation verabreichter Medikamente

Name des Medikamentes	

Anfangsbestand	verabreicht am	durch Mitarbeiter	neuer Bestand	Unterschrift

Rückgabe des Restbestandes (Anzahl): \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

an: \_\_\_\_\_

Datum	Mitarbeiter	Sorgeberechtigte/r

## Dokumentation verabreichter Medikamente

Name des Medikamentes	

Anfangsbestand	verabreicht am	durch Mitarbeiter	neuer Bestand	Unterschrift

Rückgabe des Restbestandes (Anzahl): \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

an: \_\_\_\_\_

Datum	Mitarbeiter	Sorgeberechtigte/r