**Medikation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname des Kindes:** | **Geburtsdatum des Kindes:** |
|  |  |

Folgende Medikamente müssen dem oben genannten Kind zu den genannten Tages- Uhrzeiten verabreicht werden, (bei Bedarf ein weiteres Blatt hinzufügen und dies rechts oben vermerken):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Medikament** | **Medikament** | **Medikament** |
|  |  |  |  |
| **morgens** | Uhrzeit:Dosierung\*: | Uhrzeit:Dosierung: | Uhrzeit:Dosierung: |
| **mittags** | Uhrzeit:Dosierung: | Uhrzeit:Dosierung: | Uhrzeit:Dosierung: |
| **nachmittags** | Uhrzeit:Dosierung: | Uhrzeit:Dosierung: | Uhrzeit:Dosierung: |
| **Verabreichungszeitraum** |  |  |  |
| **Anwendungshinweise\*\*** |  |  |  |

\* Bei Dosierung sind konkrete Angaben zu Art des Medikamentes (z.B. Tropfen, Tablette usw.) und die Menge zu vermerken.

\*\* Bei Anwendungshinweisen sind Angaben zur Einnahme (z.B. vor/während dem Essen, mit/ohne Milchprodukte…) und zum lokalen Anwendungsbereich (z.B. Oral…) zu vermerken.

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes (optional)

Alternativ ist eine ärztliche Dosierungsanleitung auf einem Rezept möglich.

**Einverständniserklärung der Eltern (Obligatorisch):**

Ich / wir sind damit einverstanden, dass die o.g. Medikamente durch das zuvor eingewiesene Personal der Kindertagesstätte verabreicht werden kann. Unterschrift beider Eltern:

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift