**Medikation bei akutem Bedarf**

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

Folgende Medikamente müssen dem oben genannten Kind bei akutem Bedarf (Notfall, Anfall etc.) verabreicht werden, (bei Bedarf ein weiteres Blatt hinzufügen und dies rechts oben vermerken):

:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Medikament** | **Medikament** | **Medikament** |
|  |  |  |  |
| **Soll bei Auftreten folgender Beschwerden/ Symptome verabreicht werden:** | Beschwerde: | Beschwerde: | Beschwerde:  |
| **Dosierung\*:** |  |  |  |
| **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.

**Die Gabe des Notfallmedikaments ist unbedingt mit Unterschrift in der Dokumentation festzuhalten!**

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

**Einverständniserklärung der Eltern (Obligatorisch):**

Ich / wir sind damit einverstanden, dass die o.g. Medikamente bei Notfallmaßnahmen (wie in der Anlage zum Vertrag beschrieben) durch das zuvor eingewiesene Personal der Kindertagesstätte erbracht bzw. verabreicht werden können. Unterschrift beider Eltern:

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift