

## Medikamentengabe in Kindergärten und Schulen

Nachname des Kindes	Vorname	Geburtsdatum
---------------------	---------	--------------

**Es können ausschließlich ärztlich verordnete Medikamente verabreicht werden!**

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:			
	1. Name des Medikamentes:	2. Name des Medikamentes:	3. Name des Medikamentes:
<b>Morgens</b>	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
<b>Mittags</b>	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
<b>Bemerkung/Dauer der Einnahme:</b>			

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes
------------	------------------------------------------------

**Notfallmedikation** (z.B. Pen Adrenalin, Diazepam, Cortison) aufgrund eines akuten Ereignisses oder wenn Symptome auftreten, bei denen eine Medikamentengabe erforderlich ist (z.B. eine allergische Reaktion, eine Blutzuckerentgleisung, akute Luftnot oder ein Krampfanfall)

Akutes Ereignis:	Medikation:
------------------	-------------

### Ermächtigung der Eltern / Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/wir

Name der Eltern/Sorgeberechtigten
-----------------------------------

die Erzieher/Lehrkräfte  
(oder Vertreter) der Tageseinrichtung

Name des Erziehers/der Lehrkraft
----------------------------------

meinem/unsere(m) Kind die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen und/oder eine dringend erforderliche Notfallmedikation vorzunehmen.

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten
------------	-------------------------------------------

**Akut erkrankte Kinder müssen zu Hause betreut werden.**

Bedarfsmedikationen gegen „Kopfschmerzen, Fieber o.ä.“ dürfen daher in Gemeinschaftseinrichtungen nicht verabreicht werden!