

Medikation bei akutem Bedarf

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes

Folgende Medikamente müssen dem oben genannten Kind bei akutem Bedarf

durch ein*e Betreuer*in ausgehändigt vom Kind selbst eingenommen werden:

	Medikament	Medikament	Medikament
Soll bei Auftreten folgender Beschwerden/<u>Symptome</u> verabreicht werden	<u>Beschwerde:</u>	<u>Beschwerde:</u>	<u>Beschwerde:</u>
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 zu dokumentieren!

Einverständniserklärung der Eltern:

Ich/wir sind damit einverstanden, dass die o.g. Medikamente und Notfallmaßnahmen durch die Betreuer*innen der KjG gemäß unseren Anweisungen erbracht bzw. verabreicht werden können.

Unterschrift aller Personensorgeberechtigten:

Ort, Datum

Unterschrift(en)