

Medikamentenvergabe in den Kindertageseinrichtungen des DRK Fläming-Spreewald e.V.

Einrichtung: _____

Gesprächsführende Leiterin bzw. deren Stellvertretung: _____

Name, Vorname des Kindes

Geburtstag

Folgendes Medikament wird lt. vorliegendem Attest verordnet:

Name des Medikamentes

- o das Medikament bedarf folgender Anwendung

Anwendung laut ärztlicher Medikation:

Tageszeit	Uhrzeit	Dosierung/ Anwendung
Morgens	Uhrzeit.....	
Mittags	Uhrzeit.....	
Nachmittags	Uhrzeit.....	

Laut Attest wird das Kind von
dem Arzt/ der Ärztin

Herr/Frau

Telefonnummer.....

behandelt.

Bei Änderungen der ärztlichen Anweisungen informieren wir sofort die Einrichtung.
Die Informationen zur Medikamentenvergabe in der Einrichtung haben wir erhalten.

Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Druckschrift

Medikamentengabe in den Kindertageseinrichtungen des
DRK Fläming- Spreewald e.V.

Vollmacht zur Medikamentenvergabe

Einrichtung: _____

Vollmacht der Eltern/ des/der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich / wir

Name der Eltern/ Sorgeberechtigten

die Mitarbeiterinnen der Einrichtung: _____

unserem Kind: _____

das vom Arzt verordnete Medikament zu denen in der Dokumentation festgelegten
Anwendungszeiten und Festlegungen zu verabreichen. .

Ort; Datum

Unterschrift der Eltern/ Sorgeberechtigten

**Medikamentengabe in den Kindertageseinrichtungen des
 DRK Fläming- Spreewald e.V.**

Medikamentenvergabe durch Mitarbeiter der Kita.....

Nach ärztlicher Medikation wurde

Name des Kindes: _____

folgendes Medikament: _____

mit eingetragener Dosierung und durch unterschreibenden Mitarbeiter/In verabreicht.

Datum/Tageszeit	Dosierung	Unterschrift Mitarbeiter
<input type="checkbox"/> Morgens		
<input type="checkbox"/> Mittags		
<input type="checkbox"/> Nachmittags		
<input type="checkbox"/> Morgens		
<input type="checkbox"/> Mittags		
<input type="checkbox"/> Nachmittags		
<input type="checkbox"/> Morgens		
<input type="checkbox"/> Mittags		
<input type="checkbox"/> Nachmittags		
<input type="checkbox"/> Morgens		
<input type="checkbox"/> Mittags		
<input type="checkbox"/> Nachmittags		
<input type="checkbox"/> Morgens		
<input type="checkbox"/> Mittags		
<input type="checkbox"/> Nachmittags		
<input type="checkbox"/> Morgens		
<input type="checkbox"/> Mittags		
<input type="checkbox"/> Nachmittags		