

Medikamentengabe während der Betreuungszeit

Name des Kindes: _____, geb. am _____

Bei meinem Kind/unserem Kind wurde folgende Erkrankung diagnostiziert:

_____ (Name der Erkrankung)

Zutreffendes bitte ankreuzen und sorgfältig ausfüllen!

- Mein Kind/unser Kind muss **täglich auch während der Betreuungszeit** folgendes verordnete Medikament/folgende verordneten Medikamente einnehmen:

Ich bitte/wir bitten die Betreuungskräfte meinem Kind/unserem Kind das/die o.g. Medikament/e während der Betreuungszeit wie folgt zur Einnahme zu übergeben:

Name des Medikamentes/der Medikamente: _____

Uhrzeit der Einnahme: _____

Genauere Angaben zur Dosierung (z.B. 1 Tablette, 10 Tropfen ö.ä. mit oder ohne Flüssigkeit):

- Mein Kind/unser Kind hat ein „**Notfallmedikament**“ bei sich.

Name des Medikamentes/der Medikamente: _____

Die Verabreichung des Medikamentes/der Medikamente wird nötig, wenn
(**Bitte genau beschreiben, woran der Notfall zu erkennen ist!**)

Genauere Angaben zur Dosierung (z.B. 1 Tablette, 10 Tropfen ö.ä. mit oder ohne Flüssigkeit...):

Ich bitte/wir bitten die Betreuungskräfte meinem Kind/unserem Kind das/die o.g. Medikament/e bei einem „Notfall“ wie folgt zur Einnahme zu übergeben.

Die letzte Verantwortung für die Medikamentengabe verbleibt bei mir/uns.

Netphen, den _____

(Unterschrift eines/der Erziehungsberechtigten)