

Bedarfs- und Dauermedikation

Ärztliche Verordnung

Name des Kindes _____
Geburtsdatum _____

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1.	2.	3.
	Name des Medikaments:	Name des Medikaments:	Name des Medikaments:
Morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Abends	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Bemerkung/Dauer der Einnahme			

Aus ärztlicher Sicht bestehen keine Bedenken zum Besuch der Kindertageseinrichtung/der Offenen Ganztagschule

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Bedarfs- und Dauermedikation

Vollmacht

Hiermit geben wir folgenden Personen die Vollmacht, die oben verordneten Medikamente entsprechend der Dosierungsanweisung unserem Kind zu verabreichen.

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Verabreichende Personen:

- Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Medikation müssen wir der Einrichtung umgehend schriftlich mitteilen.
- Bei einer Medikation benötigt die Einrichtung jährlich eine erneute Verordnung, die von uns beigebracht wird.
- Wir tragen dafür Sorge, dass ein Elternteil für die Einrichtung telefonisch erreichbar ist. Soweit erforderlich, nehmen wir bei Aktionen außerhalb der Einrichtung, die besondere Sorgfalt benötigen, teil.

Diese Vollmacht kann jederzeit geändert oder widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Eltern