

## Medikamentengabe und Notfallmedikation

Name des Kindes \_\_\_\_\_  
 Vorname des Kindes \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum des Kindes \_\_\_\_\_

Benanntes Kind muss aufgrund folgender ärztlicher Diagnose \_\_\_\_\_

während des Besuches der Kindertageseinrichtung folgende Medikamente einnehmen:

| Regelmedikation  | <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> dauerhaft (in diesem Fall Erneuerung alle 6 Monate)                                 |  |
|--|--|--|
| Name des Medikaments   |  |  |
| Verabreichungsart<br>(z. B. Tablette, Tropfen, Salbe)                      |  |  |
| Dosierung in der<br>Kindertageseinrichtung                                 | <input type="checkbox"/> morgens _____ Uhr<br><input type="checkbox"/> mittags _____ Uhr<br><input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr | <input type="checkbox"/> morgens _____ Uhr<br><input type="checkbox"/> mittags _____ Uhr<br><input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr |
| Einnahmedauer  |  |  |
| Hinweise zur Einnahme<br>(z. B. vor/nach Mahlzeit,<br>Wechselwirkung usw.) |  |  |
| Lagerungshinweise für<br>das Medikament                                    |  |  |

| Notfallmedikation (Erneuerung alle 6 Monate) |  |
|--|--|
| Name des Medikaments                         |  |
| Notfallsymptome                              |  |
| Vorgehen im Notfall                          |  |
| mögliche Nebenwirkungen                      |  |
| Hinweise zur<br>Medikamentengabe             |  |
| Lagerungshinweise für<br>das Medikament      |  |

Aus ärztlicher Sicht ist die Medikamentengabe während des von den Personensorgeberechtigten mitgeteilten Besuches der Kindertageseinrichtung unbedingt notwendig und kann nicht auf Zeiten vor oder nach dem Einrichtungsbesuch verschoben werden.

Die Daten zum Notfallmedikament stimmen mit den Daten des Notfallpasses überein. Änderungen im Notfallpass müssen der Einrichtungsleitung umgehend gemeldet werden. Das Formular muss alle 6 Monate erneuert werden, um die Aktualität zu prüfen.

Name, Vorname der Ärztin/des Arztes: \_\_\_\_\_

Telefonnummer der Ärztin/des Arztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Ermächtigung der pädagogischen Fachkräfte zur Medikamentengabe und Schweigepflichtentbindung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir die pädagogischen Fachkräfte der Kindertageseinrichtung

\_\_\_\_\_  
(Name der betreuenden Einrichtung)

meinem/unserem Kind das/die ärztlich verordnete(n) Medikament(e) in beschriebener Art und Weise zu verabreichen.

Es ist mir/uns bewusst, dass pädagogische Fachkräfte über keine medizinische Ausbildung verfügen und während des Einrichtungsbetriebes Fehler bei der Medikamentengabe unbeabsichtigt unterlaufen können. Hiermit entbinde ich/entbinden wir oben genannte Ärztin/genannten Arzt von der Schweigepflicht bezüglich Rückfragen zur Medikamentengabe.

wichtige Hinweise aus Sicht der/des Personensorgeberechtigten:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 2

\_\_\_\_\_  
Datum der Entgegennahme

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Einrichtungsleitung

## Abholvollmacht für einen Fahrdienst

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Name Personensorgeberechtigte(r): \_\_\_\_\_  
Personensorgeberechtigte(r) 1 Personensorgeberechtigte(r) 2

| Abholung durch einen beauftragten Fahrdienst |  |
|--|--|
| Name des Fahrdienstes                        |  |
| Straße + Hausnummer                          |  |
| PLZ + Ort                                    |  |
| Telefonnummer                                |  |

Bei gemeinsamem Sorgerecht der Personensorgeberechtigten ist die Unterschrift einer sorgeberechtigten Person ausreichend.  
Bei getrenntlebenden Personensorgeberechtigten kann die/der Personensorgeberechtigte über die Vollmacht entscheiden, bei der/dem das Kind seinen Lebensmittelpunkt hat.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 2