

**Medikation bei akutem Bedarf**

<b>Name, Vorname des Kindes:</b>	<b>Geburtsdatum des Kindes:</b>

Folgende Medikamente müssen dem oben genannten Kind bei akutem Bedarf verabreicht werden:

	<b>Medikament</b>	<b>Medikament</b>	<b>Medikament</b>
<b>Soll bei Auftreten folgender <u>Beschwerden/Symptome</u> verabreicht werden:</b>	<u>Beschwerde:</u>	<u>Beschwerde:</u>	<u>Beschwerde:</u>
<b>Dosierung*:</b>			
<b>Anwendungshinweise**</b>			

\* 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!**

---

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

**Einverständniserklärung der Eltern:**

Ich / wir sind damit einverstanden, dass die o.g. Medikamente und Notfallmaßnahmen durch das zuvor eingewiesene Personal der Kindertagesstätte erbracht bzw. verabreicht werden können. Unterschrift beider Eltern:

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift