

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

**Wird vom Arzt ausgefüllt!**

Medikament	Dosierung	Gabezeit	Zeitdauer von-bis/ täglich/ oder im Notfall	Unterschrift

Soll bei Auftreten folgender Beschwerden verabreicht werden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ggf. Hinweise zu Risiken und Nebenwirkungen, Symptomen und entsprechender  
Folgemaßnahmen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ggf. Bemerkungen/ Anwendungs- / Lagerungshinweise:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name des verordnenden Arztes: \_\_\_\_\_

Rezeptdatum: \_\_\_\_\_

Lagerungstemperatur: \_\_\_\_\_

Bitte Packung beschriften (Name des Kindes)!

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

**Medikamentengabeplan**

**Bitte Packung beschriften (Name des Kindes)!**

Dat.	Medikament	vormittags			mittags			Nachmittags			Von Eltern übernommen	Von Kollegin übernommen	An Eltern übergeben
		Menge	Zeit	Sig.	Menge	Zeit	Sig.	Menge	Zeit	Sig.			

**Ermächtigung der Eltern oder der/des Sorgeberechtigten zur Medikamentengabe**

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Dienst habende pädagogische Fachkraft in der DRK  
Kindertageseinrichtung „.....“ meinem/unserem Kind

.....

das/die oben stehende/n Medikament/e wie in beiliegender ärztlicher Dosierbescheinigung zu  
den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

**Notfallnummern der Eltern/ Sorgeberechtigten:**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Medikament(Name) \_\_\_\_\_ verabreicht am \_\_\_\_\_  
um \_\_\_\_\_ Uhr von (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Sorgeberechtigten

10.08.2017  
Datum der Anpassung

SMG KV  
Anpassung erfolgt durch

Vorstand/ SMG KV  
Freigegeben