

Vorname | Name _____ und Geburtsdatum _____ des*der Teilnehmer*in _____

Regelmäßige Verabreichung

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tages- oder Uhrzeiten **regelmäßig** verabreicht werden:

Medikament: _____ Uhrzeit(en): _____

Erinnerung reicht (Medikament wird selbstständig genommen) Dosierung*: _____

Verabreichungszeitraum: _____

Betreute Verabreichung, Anwendungshinweise***: _____

Medikament: _____ Uhrzeit(en): _____

Erinnerung reicht (Medikament wird selbstständig genommen) Dosierung*: _____

Verabreichungszeitraum: _____

Betreute Verabreichung, Anwendungshinweise***: _____

Medikament: _____ Uhrzeit(en): _____

Erinnerung reicht (Medikament wird selbstständig genommen) Dosierung*: _____

Verabreichungszeitraum: _____

Betreute Verabreichung, Anwendungshinweise***: _____

Bedarfmäßige Verabreichung

Folgende Medikamente müssen dem oben genannten Kind bei **akutem Bedarf**

durch ein*e Betreuer*in ausgehändigt vom Kind selbst eingenommen werden:

Medikament:

Bei Auftreten folgender Beschwerden/Symptome: _____

Dosierung*: _____

Anwendungshinweise***: _____

Medikament:

Bei Auftreten folgender Beschwerden/Symptome: _____

Dosierung*: _____

Anwendungshinweise***: _____

Die Gabe des Notfallmedikaments ist unbedingt mit Unterschrift zu dokumentieren!

* 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, sowie die Selbst- oder Fremdvergabe (durch ein*e Betreuer*in) der Medikamente.

Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten:

Ich/wir sind damit einverstanden, dass die o.g. Medikamente und Notfallmaßnahmen durch die zuständigen Betreuer*innen der KjG gemäß unseren Anweisungen verabreicht werden können.

Unterschrift aller Personensorgeberechtigten: