

**Verordnung zur Medikamentengabe in der Kindertagesstätte „Sonnenwirbel“ Schöneck**

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

**Aufgrund der Diagnose** \_\_\_\_\_

**müssen folgende Medikamente zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:**

	Name des Medikaments	Name des Medikaments
1. Einnahme	Uhrzeit: _____ Dosierung _____	Uhrzeit: _____ Dosierung _____
2. Einnahme	Uhrzeit: _____ Dosierung _____	Uhrzeit: _____ Dosierung _____
3. Einnahme	Uhrzeit: _____ Dosierung _____	Uhrzeit: _____ Dosierung _____
<b>Sonstiges:</b> Gebrauchshinweise / Nebenwirkungen / weiter wichtige Informationen		

**Dauer der Einnahme (bitte betreffende Zeile ausfüllen)**

<b>akut</b>	Vom: _____ bis: _____	Vom: _____ bis: _____
<b>Dauermedikation</b> (muss alle 6 Monate aktualisiert werden)		
<b>Notfallmedikation</b> bei folgenden Symptomen: (muss alle 6 Monate aktualisiert werden)	Symptome hier eintragen:	Symptome hier eintragen:

**Die verordneten Medikamente fallen nicht unter das BTM-Gesetz!**

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

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

**Ermächtigung der Personensorgeberechtigten**

Hiermit ermächtige/n ich/wir \_\_\_\_\_  
(Name der/des Personensorgeberechtigte\*n)

das pädagogische Fachpersonal der Kindertagesstätte Sonnenwirbel / Schöneck

meinem/unsere(m) Kind \_\_\_\_\_  
(Name des Kindes)

die oben genannten. Medikamente entsprechend der ausgefüllten Verordnung zu verabreichen

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigte\*n