



Medikamentenabgabe

Für den behandelnden Arzt
Dokumentationsformular zur Verabreichung
von Medikamenten in der KITA

Stempel der KITA

Sehr geehrtes Team der Praxis

.....
.....

wir bitten Sie freundlichst, uns dieses Formular ausgefüllt zurückzugeben, damit wir eine ordnungsgemäße Verabreichung des notwendigen Medikamentes in unserer Kindertageseinrichtung durchführen können. Bitte prüfen Sie vorher, ob auch eine Verabreichung des Medikamentes außerhalb unserer Betreuungszeiten ausreichend ist. Sollte dies nicht der Fall sein, z. B. bei Kindern in der Tagesbetreuung und einer dreimal täglichen Einnahme, so sind wir gerne bereit gemäß den Richtlinien des Landes Rheinland-Pfalz eine Medikamentengabe durchzuführen.

Wir sind daran gebunden, ausschließlich per Rezept verordnete Arzneimittel zu verabreichen. Damit wird unsererseits sichergestellt, dass nur wirklich notwendige Medikamente in der Kindertageseinrichtung verabreicht werden.

Name des erkrankten Kindes:

.....

Geburtsdatum:

.....

Diagnose:

.....

Verordnetes Medikament (Handelsname):

.....

Wirkstoffname:

.....

Dosierung in mg:

.....

Hinweise zur Verabreichung (Form, Häufigkeit, etc.):

.....

.....

Besondere Nebenwirkungen:

.....

.....

Bei Bedarfsmedikation: Bitte schildern Sie uns kurz und präzise, wann es indiziert ist, das verordnete Bedarfsmedikament zu verabreichen:

.....

.....

.....

Praxisstempel

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit. Gegebenenfalls wenden wir uns nach Erhalt dieser Verordnung erneut an Sie, um das weitere Vorgehen zu besprechen.
Ihr Team der Kindertageseinrichtung



Medikamentenabgabe

Für die Erziehungsberechtigten
Dokumentationsformular zur Verabreichung
von Medikamenten in der KITA

Stempel der KITA

Liebe Familie,

gemeinsam arbeiten wir zum Wohle ihres Kindes. Wir bitten Sie daher freundlichst, uns dieses Formular ausgefüllt zurückzugeben, damit wir eine ordnungsgemäße Verabreichung des notwendigen Medikamentes in unserer Kindertageseinrichtung durchführen können. Bitte prüfen Sie vorher, ob auch eine Verabreichung des Medikamentes außerhalb unserer Betreuungszeiten ausreichend ist. Sollte dies nicht der Fall sein, z. B. bei Kindern in der Tagesbetreuung und einer dreimal täglichen Einnahme, so sind wir gerne bereit gemäß den Richtlinien des Landes Rheinland-Pfalz eine Medikamentengabe durchzuführen.

Wir sind daran gebunden, ausschließlich per Rezept verordnete Arzneimittel zu verabreichen. Damit wird unsererseits sichergestellt, dass nur wirklich notwendige Medikamente in der Kindertageseinrichtung verabreicht werden. Leider ist eine Verabreichung des Medikamentes ohne ärztliche Verordnung und diese Ermächtigung nicht möglich. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Name des erkrankten Kindes:

.....

Geburtsdatum:

.....

Diagnose:

.....

Verordnetes Medikament (Handelsname):

.....

.....

Verordnender Arzt/Telefon:

.....

Dauer der Verordnung:

.....

Hinweise zur Verabreichung (Form, Häufigkeit, etc.):

.....

.....

Besondere Nebenwirkungen:

.....

.....

Hiermit bitte ich,

.....

das Team der Kindertagesstätte, meinem Kind das oben genannte und ärztlich verordnete Medikament gemäß der Verordnung zu verabreichen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass Erzieher und Erzieherinnen kein medizinisches Fachpersonal darstellen.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit. Gegebenenfalls wenden wir uns nach Erhalt dieser Verordnung erneut an Sie, um das weitere Vorgehen zu besprechen.
Ihr Team der Kindertageseinrichtung

.....

**Datum und Unterschrift
der Erziehungsberechtigten**