

Medikation akuter Bedarf

Name und Geburtstag des Kindes:

Name und Anschrift des Arztes:

Datum der Bescheinigung:

	Medikament	Medikament	Medikament
morgens	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung*:
mittags	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung*:
nachmittags	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung*:
Verabreichungs- zeitraum			
Anwendungs- hinweise*			
ggf. Hinweise zu Risiken und Nebenwirkungen, Symptomen sowie entsprechenden Folgemaßnahmen			
Lagerungshinweise			

*Bei Dosierung sind konkrete Angaben zu Art (z.B. Tropfen, Tablette ...) und Menge zu vermerken. Bei Anwendungshinweisen sind Angaben zur Einnahme (z.B. vor/während/nach dem Essen, mit/ohne Milchprodukte ...) und zum lokalen Anwendungsbereich (z.B. oral ...) zu vermerken.

Ort / Datum / Unterschrift Leitung Kindergarten / päd. Fachkraft / Träger

Ort / Datum / Unterschrift (Personensorgeberechtigt / Vormund / Bevollmächtigt)

Ort / Datum / Unterschrift (Personensorgeberechtigt / Vormund / Bevollmächtigt)