



## III.1 Datenerhebung zur Medikamentengabe/ Notfallmedikation

Name des Kindes \_\_\_\_\_  
Vorname des Kindes \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes \_\_\_\_\_

Benanntes Kind muss aufgrund folgender ärztlicher Diagnose \_\_\_\_\_

während des Kita-Besuches folgende Medikamente einnehmen:

| <b>Regelmedikation</b>   | <input type="checkbox"/> akut  | <input type="checkbox"/> dauerhaft (in dem Fall Erneuerung alle 12 Monate)   |
|--|--|--|
| Name des Medikaments:  |  |  |
| Verabreichungsart:<br>(z. B. Tablette, Tropfen,<br>Salbe usw.)             |  |  |
| Dosierung in der<br>Kindertageseinrichtung                                 | <input type="checkbox"/> morgens _____ Uhr<br><input type="checkbox"/> mittags _____ Uhr<br><input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr | <input type="checkbox"/> morgens _____ Uhr<br><input type="checkbox"/> mittags _____ Uhr<br><input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr |
| Einnahmedauer:   |  |  |
| Hinweise zur Einnahme<br>(z. B. vor/nach Mahlzeit,<br>Wechselwirkung usw.) |  |  |
| Lagerungshinweise für<br>Medikament:                                       |  |  |

| <b>Notfallmedikation (Erneuerung alle 6 Monate)</b> |  |
|---|--|
| Name des Medikaments:                               |  |
| Notfallsymptome:                                    |  |
| Vorgehen im Notfall:                                |  |
| Hinweise zur<br>Medikamentengabe:                   |  |
| Lagerungshinweise für<br>Medikament:                |  |

Aus ärztlicher Sicht ist die Medikamentengabe während des von den Personensorgeberechtigten mitgeteilten Besuches der Kindertageseinrichtung unbedingt notwendig und kann nicht auf Zeiten vor oder nach dem Kita-Besuch verschoben werden.

Name, Vorname der Ärztin/des Arztes: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
Ärztin/Arzt

### **Ermächtigung der pädagogischen Fachkräfte zur Medikamentengabe und Schweigepflichtentbindung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes**

Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir die pädagogischen Fachkräfte der Kindertageseinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name der betreuenden Einrichtung

meinem/unsere(m) Kind das/die ärztlich verordnete(n) Medikament(e) in beschriebener Art und Weise zu verabreichen.

Es ist mir/uns bewusst, dass pädagogische Fachkräfte über keine medizinische Ausbildung verfügen und während des Kita-Betriebs Fehler bei der Medikamentengabe unbeabsichtigt unterlaufen können. Hiermit entbinde ich/entbinden wir oben genannte Ärztin/genannten Arzt von der Schweigepflicht bezüglich Rückfragen zur Medikamentengabe.

Wichtige Hinweise aus Sicht der/des Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 2

\_\_\_\_\_  
Datum der Entgegennahme

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Einrichtungsleitung