Landeshauptstadt Dresden
Eigenbetrieb Kindertageseinrichtungen

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:

Regelmedikation	☐ akut ☐ dauerhaft (in dem Fall Erneuerung alle 6 Monate)	
Name des Medikaments:		
Verabreichungsart: (z. B. Tablette, Tropfen, Salbe usw.)		
Dosierung in der Kindertageseinrichtung	☐ morgens _____ Uhr ☐ mittags _____ Uhr ☐ nachmittags _____ Uhr	☐ morgens _____ Uhr ☐ mittags _____ Uhr ☐ nachmittags _____ Uhr
Einnahmedauer:		
Hinweise zur Einnahme (z. B. vor/nach Mahlzeit, Wechselwirkung usw.)		
Lagerungshinweise für Medikament:		

Notfallmedikation (Erneuerung alle 6 Monate)	
Name des Medikaments:	
Notfallsymptome:	
Vorgehen im Notfall:	
Hinweise zur Medikamentengabe:	
Lagerungshinweise für 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/unserem 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