



## 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 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:		

<b>Notfallmedikation (Erneuerung alle 6 Monate)</b>	
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