



Medikamentenabgabe in der Kita und GBS/GTS Hamburger Kind - Bildung und Betreuung gGmbH

Nach- und Vorname Kind:	
Geburtsdatum:	
Gruppe:	
Ort der Medikamentenlagerung:	(Grundsätzlich nicht über 25 °C, unzugänglich f. Kinder)

Name der Ärztin/des Arztes:	
Telefonnummer:	
Anschrift:	

Verabreichung durch Ärztin/Arzt	Name Medikament	Name Medikament	Name Medikament
Morgens	Uhrzeit Dosierung Art der Anwendung (Auftragen, Schlucken usw.)	Uhrzeit Dosierung Art der Anwendung (Auftragen, Schlucken usw.)	Uhrzeit Dosierung Art der Anwendung (Auftragen, Schlucken usw.)
(Nach-)Mittags	Uhrzeit Dosierung Art der Anwendung (Auftragen, Schlucken usw.)	Uhrzeit Dosierung Art der Anwendung (Auftragen, Schlucken usw.)	Uhrzeit Dosierung Art der Anwendung (Auftragen, Schlucken usw.)
Bemerkung (Was ist zu beachten? Wechselwirkungen? usw.)			
Dauer der Einnahme			
Unterweisung durch Ärztin/Arzt <u>vor der Gabe</u> erforderlich Notfallmedikament	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Ermächtigung der Eltern/der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir _____ die/den
Erzieher/-in _____

(Mehrfachnennung mit Nach- und Vornamen möglich)

meinem/unsere(m) Kind _____ (Bild ist angefügt) in der Einrichtung

die o. g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten und während der angegebenen Dauer zu verabreichen.
