**Anlage 3b Medikation bei akutem Bedarf**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname des Kindes:** | **Geburtsdatum des Kindes:** |
|  |  |

Folgende Medikamente müssen dem oben genannten Kind bei akutem Bedarf verabreicht werden:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Medikament** | **Medikament** | **Medikament** |
|  |  |  |  |
| **Soll bei Auftreten folgender Beschwerden/ Symptome verabreicht werden:** | Beschwerde: | Beschwerde: | Beschwerde:  |
| **Dosierung\*:** |  |  |  |
| **Anwendungshinweise\*\*** |  |  |  |

\* Bei Dosierung sind konkrete Angaben zu Art des Medikamentes (z.B. Tropfen, Tablette usw.) und die Menge zu vermerken.

\*\* Bei Anwendungshinweisen sind Angaben zur Einnahme (z.B. vor/während dem Essen, mit/ohne Milchprodukte…) und zum lokalen Anwendungsbereich (z.B. Oral…) zu vermerken.

**Die Gabe des Notfallmedikaments ist unbedingt mit Unterschrift zu dokumentieren!**

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes

**Einverständniserklärung der Eltern:**

Ich / wir sind damit einverstanden, dass die o.g. Medikamente und Notfallmaßnahmen durch das zuvor eingewiesene Personal der Kindertagesstätte erbracht bzw. verabreicht werden können. Unterschrift beider Eltern:

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift