

Einverständniserklärung Medikamentengabe

Auszufüllen von der behandelnden Ärztin / vom behandelnden Arzt

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Vorname und Name des Kindes

Geburtsdatum

Folgende Medikamente müssen zu den angegebenen Zeiten eingenommen werden:

| Name des Medikaments | Art des Medikaments (Tropfen, Spray, Saft etc.) | Dosierungsangabe (Anzahl Tropfen, Anzahl Hübe, ml-Angabe etc.) | Zeitpunkt / Anlass der Medikamentengabe (Uhrzeit, „im Notfall“/ „bei Bedarf“ etc.)* |
|----------------------|---|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* bei Medikamentierung „im Notfall“ / „bei Bedarf“ muss benannt werden, wann der Anlass vorliegt bzw. was die Anzeichen sind (z.B. Atemnot, Juckreiz, Hautveränderungen, Fieberkrampf, jeweils mit konkreten Anzeichen)

Bemerkungen / Dauer der Einnahme / Lagerung der Medikamente

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel des Arztes / der Ärztin