**„Medikation bei akut kranken Kindern“**

Dem Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Vorname, Name)

das derzeit die Tageseinrichtung KINDER & FAMILIEN HAUS St. Alban – St. Jakobus

besucht, wurde von mir \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_verordnet und zwar wegen

 (Name des Medikamentes)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Bezeichnung der Erkrankung)

Die Erkrankung ist ansteckend/nicht ansteckend/ nicht mehr ansteckend (Nichtzutreffendes streichen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Medikament 1** | **Medikament 2** |
| Name des Medikamentes |  |  |
| Zeitraum der Verabreichung | von……………..bis…………………..……………………………………………. | von………………….bis……………….……………………………………………… |
| Zeitpunkt der VerabreichungUhrzeit:………………………………Uhrzeit:……………………………..Uhrzeit……………………………… | Dosierung:…………………………………………………………………………………………………………………………………….. | Dosierung:……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Arztstempel

 Unterschrift der Kinderärztin/des Kinderarztes