**„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 Verabreichung  Uhrzeit:………………………………  Uhrzeit:……………………………..  Uhrzeit……………………………… | Dosierung:  ……………………………………………  ……………………………………………  ………………………………………….. | Dosierung:  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |

Arztstempel

Unterschrift der Kinderärztin/des Kinderarztes