

“Medikation bei akut kranken Kindern”

Dem Kind _____, geboren am _____

das derzeit die Tageseinrichtung für Kinder Kinderhaus St. Alban – St. Jakobus Mainz

besucht, wurde von mir _____ verordnet und zwar wegen
Bezeichnung des Medikaments

Bezeichnung der Erkrankung

Die Erkrankung ist ansteckend / nicht ansteckend / nicht mehr ansteckend *

	Medikament 1	Medikament 2
Name des Medikamentes		
Zeitraum der Verabreichung	von.....bis.....	Von.....bis.....
Zeitpunkt der Verabreichung	Dosierung:	Dosierung:
Uhrzeit.....
Uhrzeit.....
Uhrzeit.....

Arztstempel

Unterschrift der Kinderärztin / des Kinderarztes

* Nichtzutreffendes streichen

Wir beauftragen die Tageseinrichtung, dass verordnete Medikament in den
 Betreuungszeiten zu verabreichen.

Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Datum Unterschrift der Gruppenleitung