

## AN DEN BEHANDELNDEN ARZT

### Verordnung zur Verabreichung von verschreibungspflichtigen Medikamenten in der Kita Wandsewichte

Sehr geehrtes Team der Praxis.....

wir bitten Sie freundlichst, uns dieses Formular ausgefüllt zurückzugeben, damit wir eine ordnungsgemäße Verabreichung des Medikamentes in der Kindertageseinrichtung durchführen können. Bitte prüfen Sie vorher, ob eine Verabreichung des Medikamentes auch außerhalb unserer Betreuungszeiten ausreichend ist.

Sollte dies nicht der Fall sein, z.B. bei Kindern in der Ganztagesbetreuung und einer mehrmals täglichen Einnahme, so sind wir gerne bereit, gemäß den geltenden Richtlinien, eine Medikamentengabe durchzuführen. Wir sind daran gebunden, ausschließlich per Rezept verordnete Arzneimittel zu verabreichen. Damit wird unsererseits sichergestellt, dass nur wirklich notwendige Medikamente in der Kita verabreicht werden.

**Name des erkrankten Kindes** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Verordnetes Medikament:** \_\_\_\_\_  
(Handelsname)

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Wirkstoffname:** \_\_\_\_\_

**Dosierung in mg:** \_\_\_\_\_  
(wenn möglich)

**Hinweise zur Verabreichung:** \_\_\_\_\_  
(Form, Häufigkeit etc.)

**Dauer der Verordnung:** \_\_\_\_\_

**Besondere Nebenwirkungen:** \_\_\_\_\_

**Bei Bedarfsmedikation** – bitte schildern Sie uns kurz und präzise, wann es indiziert ist, das verordnete Bedarfsmedikament zu verabreichen:

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift verordnender Arzt und Stempel**

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit. Gegebenenfalls wenden wir uns nach Erhalt dieser Verordnung erneut an Sie, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Ihr Team der Kita WandseWichte