

Stadt Leipzig – **Hort Wilhelm-Hauff-Schule**

Diderotstraße 37

04159 Leipzig

0341 / 90834434

hort-hauff-gs@horte-leipzig.de

Medikamentengabe

Rückgabe bitte bis zum.....

Name des Kindes: **Klasse:**

Medikament:

verabreicht wegen:

Liebe Eltern,

laut der Benutzerregelung für Horte ist das Verabreichen von Medikamenten in Einzelfällen durch die Fachkräfte der Einrichtung nur mit vorliegender Einwilligung der Personensorgeberechtigten und der Bestätigung des Arztes möglich (Punkt 5.4). Zur Aktualisierung unserer Unterlagen bitten wir Sie

1. das beigefügte „Formular zur Medikamentengabe“ in jedem Fall durch den Arzt ausfüllen zu lassen.
2. Sollte eine Verabreichung des Medikaments durch eine Erzieherin zwingend notwendig sein, füllen Sie bitte auch den Punkt „Ermächtigung der Eltern“ auf dem Formular aus. In diesem Fall geben Sie bitte das entsprechende Medikament bei der Horterzieherin ab bzw. sprechen Sie ab, wo es aufbewahrt wird. Medikamente dürfen nur in Originalverpackung inkl. Packungsbeilage angenommen werden und müssen mit dem Namen des Kindes gekennzeichnet sein.
3. Kann Ihr Kind das Medikament selbstständig einnehmen (z.B. Asthmaspray), füllen Sie uns bitte den unteren Abschnitt aus.

Bitte achten Sie darauf, dass ihr Kind keine Medikamente mit sich führt, ohne dass die entsprechende Information bei uns vorliegt!

Mit freundlichen Grüßen

U. Günther (Hortleitung)

Einverständnis der Eltern zur selbstständigen Medikamenteneinnahme:

Mein Kind wurde im regelgerechten Gebrauch seiner Medikamente geschult und soll seine (Notfall)Medikamente mit sich führen und selbstständig benutzen dürfen.

Datum:.....

Unterschrift der Eltern:.....

Medikamentengabe, Informationen für die Kindertageseinrichtungen

Name, Vorname des Kindes

Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes
Morgens	Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____
	Dosierung: _____	Dosierung: _____
Mittags	Uhrzeit: _____	Uhrzeit: _____
	Dosierung: _____	Dosierung: _____
Bemerkung/ Gebrauchshinweise/Dauer der Einnahme		

Notfallmedikation

	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes
Verabreichung bei folgende Symptomen (ggf. Extrablatt verwenden)		
Dosierung		
Besondere Gebrauchshinweise		
Zusätzliche Maßnahmen		

Sonstiges

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

Ermächtigung der Eltern /des /der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/ wir _____
[Name der Eltern/ Sorgeberechtigten]

☐ folgende Erzieher/-in*: _____
[Name der Erzieher/-in]

[Name der Erzieher/-in]

[Name der Erzieher/-in]

☐ alle Erzieher/-innen*

der Kindertageseinrichtung _____
[Name, Anschrift der Einrichtung]

meinem/ unserem Kind _____
[Name des Kindes]

die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/ des /der Sorgeberechtigten

* zutreffendes bitte ankreuzen