Landeshauptstadt Dresden

Eigenbetrieb Kindertageseinrichtungen

**III.1 Datenerhebung zur Medikamentengabe/**

**Notfallmedikation**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes |  |
| Vorname des Kindes |  |
| Geburtsdatum des Kindes |  |

Benanntes Kind muss aufgrund folgender ärztlicher Diagnose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

während des Kita-Besuches folgende Medikamente einnehmen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Regelmedikation** | akut  dauerhaft (in dem Fall Erneuerung alle 12 Monate) | |
| Name des Medikaments: |  |  |
| Verabreichungsart:  (z. B. Tablette, Tropfen, Salbe usw.) |  |  |
| Dosierung in der  Kindertageseinrichtung | morgens \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr  mittags \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr  nachmittags \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr | morgens \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr  mittags \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr  nachmittags \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr |
| Einnahmedauer: |  |  |
| Hinweise zur Einnahme  (z. B. vor/nach Mahlzeit, Wechselwirkung usw.) |  |  |
| Lagerungshinweise für  Medikament: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Notfallmedikation** (Erneuerung alle 6 Monate) | |
| Name des Medikaments: |  |
| Notfallsymptome: |  |
| Vorgehen im Notfall: |  |
| Hinweise zur  Medikamentengabe: |  |
| Lagerungshinweise für Medikament: |  |

Aus ärztlicher Sicht ist die Medikamentengabe während des von den Personensorgeberechtigten mitgeteilten Besuches der Kindertageseinrichtung unbedingt notwendig und kann nicht auf Zeiten vor oder nach dem Kita-Besuch verschoben werden.

Name, Vorname der Ärztin/des Arztes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ort, Datum Unterschrift und Stempel

Ärztin/Arzt

**Ermächtigung der pädagogischen Fachkräfte zur Medikamentengabe und Schweigepflichtentbindung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes**

Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir die pädagogischen Fachkräfte der Kindertageseinrichtung

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

Name der betreuenden Einrichtung

meinem/unserem Kind das/die ärztlich verordnete(n) Medikament(e) in beschriebener Art und Weise zu verabreichen.

Es ist mir/uns bewusst, dass pädagogische Fachkräfte über keine medizinische Ausbildung verfügen und während des Kita-Betriebs Fehler bei der Medikamentengabe unbeabsichtigt unterlaufen können. Hiermit entbinde ich/entbinden wir oben genannte Ärztin/genannten Arzt von der Schweigepflicht bezüglich Rückfragen zur Medikamentengabe.

|  |
| --- |
| Wichtige Hinweise aus Sicht der/des Personensorgeberechtigten |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 1 |  | Unterschrift Personensorgeberechtigte(r) 2 |

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

Datum der Entgegennahme Unterschrift der Einrichtungsleitung