



**Medikation- Ärztliche Verordnung**

Name/ Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Folgendes Medikament muss dem o.g. Kind verabreicht werden:

<b>Medikament</b> (Name der Arznei):	
Dosierung und Form der Verabreichung: (Menge pro Einnahme/ Form der Arznei: Tropfen, Tablette etc.)	
Zeitliche Vorgabe: (Uhrzeit/ Wie häufig am Tag?)	Morgens: _____ Mittags: _____ Nachmittags: _____
Verabreichungszeitraum: (von...bis...)	
Lagerung des Medikaments: (Ort, Temperatur)	
Mögliche Nebenwirkungen:	
Name und Tel.-Nr. des Arztes/ der Ärztin:	

Das Medikament darf von folgend genannten pädagogischen Mitarbeitenden (als medizinische Laien) verabreicht werden:



---

Sie haben eine umfassende Einweisung erhalten.

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/ des Arztes