 

**MEDIKAMENTEN-ABGABE** Tagesstrukturen Schule Rothenburg

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes: |       |
| Aufgabenübertragung an folgende Personen:(Name Mitarbeiter\*in) |       |
| Medikament:(Name der Arznei) |       |
| Zeitraum der Aufgabenübertragung(Medikamenten-Abgabe): |       |

**Verabreichung:**

|  |  |
| --- | --- |
| Dosierung:(Welche Menge pro Einnahme?) |       |
| Zeitliche Vorgabe:(Wann und wie häufig pro Tag?) |       |
| Art der Anwendung:(Auftragen, Schlucken, etc.) |       |
| Neben- und Wechselwirkungen?(Was ist zu beachten?) |       |
| Ärztliche Verordnung: |  [ ]  Liegt vor [ ]  Liegt nicht vor |
| Name des Arztes: |       |
| Telefonnummer des Arztes: |       |
| Ort der Lagerung:(Temperatur, Garderobe, etc.) |       |
| Besondere Hinweise:Besondere Verhaltensweisen:      |

**Der Name des Kindes ist auf dem Medikament vermerkt.**

Datum/Unterschrift Leitung/Betreuungsleitung: Datum/Unterschrift Sorgeberechtigte:

…………………………………………………………. .…………………………………………………….

 Telefonnummer: