 

**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: