

**Anlage  
Medikamentengabe im Hort der Gemeinde Dürrröhrsdorf Dittersbach**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes, Geburtstag  
Folgendes Medikament muss zu den genannten Zeiten eingenommen werden:

**Name Medikament:**

\_\_\_\_\_  
Dosierung:

Uhrzeit:

\_\_\_\_\_  
Dosierung:

Uhrzeit:

\_\_\_\_\_  
Dosierung:

Uhrzeit:

\_\_\_\_\_  
Bemerkungen / Dauer der Einnahme/ besondere Gebrauchshinweise/ Sonstiges

Notfallmedikament: ja/ nein für:  
Einnahme, wenn folgende Symptome auftreten:

Kind kennt das Notfallmedikament und kann damit umgehen: ja/nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

**Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten**

Hiermit ermächtige/-n ich/ wir, den/die jeweils betreuende/n Erzieher/inn im Hort  
Dürröhrsdorf Dittersbach

meinem / unserem Kind .....

das o. g. Medikament, nach o.g. Vorschrift oder im Notfall zu verabreichen.

Uns ist bewusst, dass wir weiterhin für das Verfallsdatum der Medikamente sowie für  
die Pflege der Medikamente verantwortlich sind. Änderungen werden unverzüglich,  
schriftlich mit einem erneuten Formblatt mitgeteilt.

Notfallmedikament befindet sich Wo?... z.B.grüner Tasche im Ranzen.....:

Ort, Datum, Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten:.....

Informationen zur o.g. Medikamentengabe an andere betreuende Erzieher/innen  
erfolgt durch den/die Gruppenerzieher/in.

Kopie des Medikamentenblattes erhalten: Datum/Unterschrift des/der Gr.Erzieher/in .....

Genehmigung Leitung:.....