Einrichtung: _____

Verordnung von Bedarfsmedikation

Bei der Patientin/dem Patienten _____
(Name des Kindes)

wurde ein Medikament zur Anwendung bei Bedarf ärztlich verschrieben.

Während des Aufenthaltes in der Betreuungsstätte sind die Mitarbeitenden für die verordnete Durchführung der Bedarfsmedikation verantwortlich.

Folgendes wird bestätigt:

Verordnetes Medikament: _____

Bei welchen Beschwerden soll das Medikament angewendet werden?

_____

_____

In welcher Darreichungsform wird es angewendet?

☐ Tabletten ☐ Zäpfchen ☐ _____

☐ Tropfen ☐ Dosier Aerosol

Verordnete Dosierung/Anzahl: _____

Wie muss das Medikament gelagert werden? _____

_____

Muss etwas Besonderes im Umgang mit dem Medikament beachtet werden?:

_____

_____

_____ _____
Ort, Datum (Stempel u. Unterschrift der Ärztin/des Arztes)

_____ _____
(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten) (Unterschrift der Betreuungskraft)