



## 0\_II. Ausfüllhilfe Aufnahmeform

Name der betreuenden Einrichtung:

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Hauptwohnsitz des Kindes:

Name, Vorname Personensorgeberechtigte(r) 1:

Name, Vorname Personensorgeberechtigte(r) 2:



## III.1 Datenerhebung zur Medikamentengabe/ Notfallmedikation

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes

Benanntes Kind muss aufgrund folgender ärztlicher Diagnose \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
während des Kita-Besuches folgende Medikamente einnehmen:

<b>Regelmedikation</b>	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> dauerhaft (in dem Fall Erneuerung alle 12 Monate)
Name des Medikaments:		
Verabreichungsart: (z. B. Tablette, Tropfen, Salbe usw.)		
Dosierung in der Kindertageseinrichtung	<input type="checkbox"/> morgens _____ Uhr <input type="checkbox"/> mittags _____ Uhr <input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr	<input type="checkbox"/> morgens _____ Uhr <input type="checkbox"/> mittags _____ Uhr <input type="checkbox"/> nachmittags _____ Uhr
Einnahmedauer:		
Hinweise zur Einnahme (z. B. vor/nach Mahlzeit, Wechselwirkung usw.)		
Lagerungshinweise für Medikament:		

<b>Notfallmedikation (Erneuerung alle 6 Monate)</b>	
Name des Medikaments:	
Notfallsymptome:	
Vorgehen im Notfall:	
Hinweise zur Medikamentengabe:	
Lagerungshinweise für Medikament:	

