

# MONIKA MELCHERT-BROSY

KINDERTAGESPFLEGE

## Medikamenten - Gabe - (verordnungspflichtige Medikamente)

Name & Anschrift :

geboren am:

1. Medikament	Dosierung	angesetzt: Datum von: _____ bis: _____	abgesetzt durch Arzt am:	Unterschrift Arzt	Abgesetzt durch die Sorgeberechtigten am:	Unterschrift/en der Sorgeberechtigten Person / nen:
2. Medikament	Dosierung	angesetzt: Datum von: _____ bis: _____	abgesetzt durch Arzt am:	Unterschrift Arzt	Abgesetzt durch die Sorgeberechtigten am:	Unterschrift/en der Sorgeberechtigten Person / nen:
3. Medikament	Dosierung	angesetzt: Datum von: _____ bis: _____	abgesetzt durch Arzt am:	Unterschrift Arzt	Abgesetzt durch die Sorgeberechtigten am:	Unterschrift/en der Sorgeberechtigten Person / nen:

Name und Adresse der Tagesmutter : Melchert-Brosy, Monika \* Raoneser Platz 6 \* 76456 Kuppenheim

**Hiermit beauftragen wir die Tagesmutter unseres Kindes während der Betreuungszeit die aufgeführten Medikamente zu verabreichen. Wir verpflichten uns der Tagesmutter umgehend Bescheid zu geben, falls es eine Änderung in der Medikation oder des behandelnden Arztes gibt und eine aktualisierte Medikamentenliste mit Unterschrift des verordnenden Arztes bei ihr abzugeben. Mündliche Neu-Verordnungen werden von der Tagesmutter nicht ausgeführt. Das Absetzen eines Medikamentes kann sowohl durch die Unterschrift des verordnenden Arztes als auch der Sorgeberechtigten erfolgen. Die Verantwortung dafür liegt bei den Sorgeberechtigten! Die Tagesmutter ist berechtigt und verpflichtet jedem behandelnden Arzt sowie allen Notfall- und Vertretungsärzten diese Liste auszuhändigen.**

Zur Kenntnis genommen und genehmigt: Ort: \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift der Mutter / Vater /Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

(Unterschrift Mutter)

(Unterschrift Vater)

# MONIKA MELCHERT-BROSY

KINDERTAGESPFLEGE

## Medikamenten – Gabe-Protokoll - (verordnungspflichtige Medikamente)

Name & Anschrift :

geboren am:

Wer hat die Medikamente verabreicht und zu welchem Zeitpunkt:

Name des Medikamentengebers	Medikamentenname	Medikamentenmenge	Zeitpunkt	Kürzel

Unterschrift der Tagesmutter: \_\_\_\_\_