

# Medikamenten – Zusatzplan Nachmittagsbetreuung

## „NaturKinder Hopfengarten“

**Angaben zum Kind** Name des Kindes: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Medikament** Name des Medikaments: \_\_\_\_\_

**Darreichungsform:** [ ] Saft [ ] Tablette [ ] Tropfen [ ] Spray [ ] Salbe  
[ ] anderes: \_\_\_\_\_

**Dosierung:** Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

**Anlass der Gabe:**  
\_\_\_\_\_

**Maximale Tagesdosis:**  
\_\_\_\_\_

**Grund der Gabe**

- [ ] Regelmedikation  
[ ] Akutfall (z. B. Fieber, Allergie, Asthma)  
[ ] Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wichtige Hinweise:**  
(z.B. Nebenwirkungen, Besonderheiten, was nicht getan werden darf)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- [ ] Medikament im Originalen  
[ ] Mit Name des Kindes beschriftet  
[ ] Haltbarkeitsdatum geprüft

Ich erkläre, dass die oben gemachten Angaben vollständig und korrekt sind. Ich erlaube, dass meinem Kind das oben genannte Medikament ausschließlich gemäß diesen Angaben verabreicht wird.

Mit ist bekannt, dass keine medizinische oder therapeutische Verantwortung übernommen wird. Die Verantwortung für Dosierung, Richtigkeit der Angaben und Eignung des Medikaments liegt bei den Erziehungsberechtigten.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift Sorgeberechtigter 2