

# Medikamentengabe

Aufgabenübertragung an folgende Person/en: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_  
(Name der Arznei)

## Verabreichung

Dosierung: \_\_\_\_\_  
(Welche Menge pro Einnahme)

Art der Anwendung: \_\_\_\_\_  
(Auftragen, Schlucken, etc.)

Zeitliche Vorgabe: \_\_\_\_\_  
(Wann und wie häufig pro Tag?)

Wechselwirkungen: \_\_\_\_\_  
(Was ist zu beachten?)

Ärztliche Verordnung:  liegt vor

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Telefon – Nr. des Arztes: \_\_\_\_\_

Ort der Lagerung: \_\_\_\_\_  
(Grundsätzlich nicht über 25 °C)

Besondere Hinweise: \_\_\_\_\_

**Zeitraum der Aufgabenübertragung:** \_\_\_\_\_

Der Name des Kindes ist auf dem Medikament vermerkt.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Sorgeberechtigte)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Tagespflegeperson)