

Medikamentenverabreichung

Liebe Eltern,

März 2020

mit diesem Schreiben möchte ich Sie über die Vorgehensweise der Medikamentenverabreichung und den Umgang mit kranken Kindern informieren.

Grundsätzlich gilt:

Kranke Kinder gehören nicht in die Einrichtung.

Der Kindergarten- und Vorschulalltag ist anstrengend für Kinder, die durch eine Krankheit geschwächt sind. Eine daraus resultierende mögliche Überanstrengung kann sich negativ auf den Krankheitsverlauf ausüben und möglicherweise eine Verschlechterung des Krankheitszustandes bewirken.

Zudem sollten Ansteckungsrisiken vermieden werden.

Kinder die Beschwerden haben, wie

- Fieber
- Durchfall
- Erbrechen
- eine ansteckende Krankheit
- entzündete Augen oder Fieberblasen
- Husten und Schnupfen über einen längeren Zeitraum
- eine Kinderkrankheit, o.ä.

dürfen den Kindergarten oder Vorschule nicht besuchen. Wir behalten uns vor, Sie im Falle eines begründeten Verdachts einer Krankheit zu informieren und um Abholung des Kindes zu bitten.

ErzieherInnen verabreichen den Kindern grundsätzlich keine Medikamente. Die einzige Ausnahme besteht bei chronischen Erkrankungen wie z.B. Asthma, Diabetes oder Notfallpräparaten bei hochgradigen Allergien (Schulung der MitarbeiterInnen notwendig). Hier weisen wir auf Ihre Mitteilungspflicht hin und bitten um das Ausfüllen der Ermächtigung der Sorgeberechtigten und der genauen Medikamentangabe.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen,

Kathrin Lehnardt
Kindergartenleitung

Jenni Mühr
Vorschulleitung

Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige /-n ich / wir _____

[Name der Eltern/Sorgeberechtigten]

den / die Erzieher/ -in _____ und in seiner Vertretung

1. den / die Erzieher/ -in _____

2. den / die Erzieher/ -in _____

der Einrichtung _____

[Name, Anschrift der Einrichtung]

meinem / unserem Kind _____

[Name des Kindes]

die u. g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern /des/der Sorgeberechtigten

Ausnahmefall: Medikamentengabe

Name, Vorname des Kindes **Geburtsdatum** **Gruppe**

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden

	_____ Name des Medikaments	_____ Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____
Mittags	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____
Nachmittags	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____
Bemerkung /Dauer der Einnahme		

Unterschrift und Datum des Sorgeberechtigten _____