

Solina Medikamentenabgabe

Rezeptpflichtige Medikamente

Name/Vorname des Kindes: _____

Ich beauftrage das Betreuungsteam der Tagesstrukturen Solina unserem Kind die folgenden, von uns im Solina hinterlegten Medikamente zu verabreichen:

Name des Medikamentes: _____

Einnahmевorschriften/Dosierung:

Zeitdauer der Medikamentenabgabe:

von: _____ bis: _____

Die Tagesstrukturen Solina übernehmen ausschliesslich unvermeidliche und organisatorisch von den Eltern zu Hause nicht durchführbare Verabreichungen von Medikamenten. Bitte beachten Sie, dass wir nur eindeutig identifizierbare Medikamente abgeben können (Tabletten müssen zwingend in einem Blister abgegeben werden etc.). Zäpfchen werden nicht verabreicht.

***** ODER *****

Medikamente im Falle einer allergischen oder Überempfindlichkeits-Reaktion

Name/Vorname des Kindes: _____

Ich beauftrage das Betreuungsteam der Tagesstrukturen Solina unserem Kind im Falle einer Überempfindlichkeits- oder allergischen Reaktion das folgenden Medikament zu verabreichen:

Name des Medikamentes:

Medikament ist im Solina hinterlegt

Kind hat das Medikament bei sich (wo?): _____

Wann anwenden/Symptome:

Einnahmевorschriften/Dosierung:

Bitte beachten Sie, dass wir nur eindeutig identifizierbare Medikamente abgeben können (Tabletten müssen zwingend in einem Blister abgegeben werden etc.). Nach Verabreichung dieser Medikamente informiert das Betreuungsteam umgehend die Erziehungsberechtigten.

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der oben mitgeteilten Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte
