**Medikamentenblatt Schülerhort Widnau**

Name / Vorname des Kindes: _____

Medikament: _____

Rezeptpflichtig: ☐ Ja ☐ Nein

**Genaue Beschreibung der Verabreichung:**

Dosierung: _____

Uhrzeit: _____

Vor/nach dem Essen: _____

Wiederholungen pro Tag: _____

Anzahl Tage der Verabreichung mit Datum: _____

Sonstiges: _____

*Gemäss Betriebsordnung ist Folgendes zu beachten:*

***5.1 Abwesenheit / Krankheit / Unfall***

*(…)*
*Den Kindern werden Medikamente nur in Absprache mit den Eltern verabreicht. (…) Fiebersenkende Medikamente werden keine verabreicht. Hat ein Kind Fieber, so darf es den Hort erst wieder besuchen, wenn es 24 Stunden fieberfrei ist.*

_____

Datum + Unterschrift Erziehungsberechtigte

_____

Medikament entgegengenommen (Name / Datum / Unterschrift Mitarbeitende)