**Gesundheits- und Medikamentenblatt / Essen**

**Schuljahr 2025/26**

Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Notfallnummern

Unser Kind geht alleine nach Hause 🞏 Ja 🞏 Nein

Unser Kind wird von folgenden Personen

abgeholt (Name/n)

Verbindung, z.B. Grossmutter

Telefon

Es werden ausschliesslich die hier aufgeführten Produkte eingesetzt, die allesamt rezeptfrei in Apotheken und Drogerien erhältlich sind. Selbstverständlich werden die Medikamente/Salben gemäss Beipackzetteln dosiert und die Informationen auf den Beipackzetteln beachtet. Der Einsatz von anderen Medikamenten und Anwendungen würde mit Ihnen telefonisch besprochen und allenfalls um Einverständnis via SMS gebeten. Bei schwerwiegenden Verletzungen und Erkrankungen werden Ärzte und Spitäler einbezogen.

In jedem Fall informieren wir Sie über den Gesundheitsverlauf ihrer Kinder und sprechen jegliches Vorgehen mit Ihnen ab. Vor dem Einsatz von Medikamenten setzen wir auf «Hausmittel» wie Tee, Kräuterpastillen, usw.

Bitte ankreuzen, wenn Sie damit einverstanden sind, dass folgende Medikamente/Salben durch die Betreuungspersonen verabreicht werden:

🞏 Fenistil Insektenstiche, kleinflächige Verbrennungen,
leichter Sonnenbrand

🞏 Bepanthen Schürfungen, Desinfektion

🞏 Voltaren dolo Emulgel Gelenkschmerzen, Verstauchungen

🞏 Neo-Angin forte Halsschmerzen

🞏 Motilium lingual Magenkrämpfe

🞏 Imodium lingual Durchfall

🞏 Dafalgan Fieber

🞏 Algifor Schmerzen

🞏 Wir wünschen eine Erstversorgung ausschliesslich durch ausgebildete Fachpersonen.

In der Tagesschule ist ein wirksamer Sonnenschutz wichtig und es wird hautverträgliche Sonnencreme eingesetzt.

🞏 Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind eingecremt wird.

🞏 Unser Kind hat eigene Creme dabei und wendet diese auch selber an.

Folgende Medikamente und Salben setzen
wir als Erziehungsberechtige ein, wir stimmen

zu, dass diese verabreicht und angewendet

werden dürfen.

Bekannte Unverträglichkeiten und Allergien

Regelmässig eingenommene Medikamente/

Dosierung während des Tagesschulbetriebes

Bemerkungen/Ergänzungen

Kinder- oder Hausarzt Name

 Telefon

Zahnarzt Name

 Telefon

Essen: unser Kind isst

🞏 Fleisch

🞏 kein Schweinefleisch

🞏 vegetarisch

🞏 vegan

🞏 laktosefrei

🞏 glutenfrei

🞏 anderes

Ort und Datum

Unterschriften der Erziehungsberechtigten

Diese Angaben werden vertraulich behandelt. Wir bitten Sie, persönliche Medikamente der Betreuungsperson am ersten Tag in der Tagesschule abzugeben. Danke.