

Medikamentengabe, Informationen für die Kindertageseinrichtung

.....
Name, Vorname des Kindes geb. am

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
Bemerkung/ Dauer der Einnahme		

.....
Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

Besondere Gebrauchshinweise		

Sonstiges:
.....
.....

Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/ wir
Name der Personensorgeberechtigten

den / die Erzieher/ -in der Kindertageseinrichtung
Name Name

.....
Anschrift

meinem / unserem Kind
Name des Kindes

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

.....
Ort, Datum Unterschrift des/ der Personensorgeberechtigten