

Anlage 2: Muster - Medikamentengabe

Name, Vorname des Kindes

Geburtstag

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		

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

	----- Name des Medikaments	----- Name des Medikaments
Besondere Gebrauchshinweise		

Sonstiges

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 _____
3. den / die Erzieher/ -in _____

der Kindertageseinrichtung _____
[Name, Anschrift der Einrichtung]

meinem / unserem Kind _____
[Name des Kindes]

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

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern /des/der Sorgeberechtigten