

Medikamentengabe, Informationen für die Kindertageseinrichtung

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: _____
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 _____ der Kindertageseinrichtung _____
[Name der Erzieherin/des Erziehers] [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