

Medikamentengabe in der Kindertageseinrichtung

Mein/ Unser Kind: _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

muss folgende Medikamente zu den genannten Tageszeiten einnehmen:

	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Bemerkung/ Dauer der Einnahme		

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/ des Arztes

	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
besondere Hinweise		

Medikamente sind in Originalverpackung, mit Beipackzettel und Datum der Ersteinnahme abzugeben. Das Verfallsdatum ist regelmäßig durch die Personensorgeberechtigten zu kontrollieren.

Ermächtigung des/ der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/ wir _____

Frau/ Herr _____ der Kindertageseinrichtung _____
(Erzieher/ Erzieherin)

meinem/ unserem Kind _____

Name, Vorname

die o. g. Medikamente, zu den genannten Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r