

Medikamentengabe, Informationen für die Kindertageseinrichtung

Name 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) (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 _____