

Medikamentenvergabe



Name des Kindes

Geburtsdatum

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1. _____ Name des Medikaments	2. _____ Name des Medikaments	3. _____ Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____
Mittags	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/ des Arztes

Ermächtigung der Eltern/ der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir _____
Name der Eltern/ Sorgeberechtigten

den Erzieher/innen der **Kindertagesstätte Elbtosse**

meinem/ unserem Kind _____
Name des Kindes

die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen / im Fall einer allergischen Reaktion bzw. eines Notfalls (nicht zutreffendes bitte streichen) zu verabreichen.

Die Medikamentenvergabe ist eine freiwillige Leistung, die nur erfüllbar ist, wenn die Situation in der Gruppe es erlaubt.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/ der Sorgeberechtigten