

Medikamentengabe in der Kita

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Folgende Medikamente müssen nach ärztlicher Verordnung zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1. Name des Medikaments Haltbar bis:	2. Name des Medikaments Haltbar bis:	3. Name des Medikaments Haltbar bis:
morgens	Uhrzeit: Genaue Dosierung:	Uhrzeit: Genaue Dosierung:	Uhrzeit: Genaue Dosierung:
mittags	Uhrzeit: Genaue Dosierung:	Uhrzeit: Genaue Dosierung:	Uhrzeit: Genaue Dosierung:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

Ermächtigung der Personensorgeberechtigten

Hiermit ermächtige ich/ ermächtigen wir, dass das **Einrichtungspersonal** meinem/ unserem Kind die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten