

Medikamentengabe bei den Freien Kindergärten Elbvororte e.V.

Name des Kindes

Vorname

Geburtsdatum

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Zeiten eingenommen werden:

	1.	2.	3.
	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes
morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
nachmittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Ermächtigung der Eltern/der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige ich/wir

Name der Eltern/Sorgeberechtigten

die Pädagogin/den Pädagogen

Name der Pädagogin/des Pädagogen

meinem/unsere(m) Kind

Name des Kindes

Die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten