

Ermächtigung zur Medikamentengabe in der Tageseinrichtung

Name des Kindes Vorname Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

Name des Medikamentes	1.	2.	3.
Morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Bemerkung: Dauer der Einnahme:			

Ort, Datum Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

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

die Erzieherinnen der Tageseinrichtung,

meinem/unsere(m) Kind _____ die o.g. Medikamente
Name des Kindes

zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum Unterschrift d. Eltern/Sorgeberechtigten