Formular zur Medikamentenverabreichung

Vorname	Name	Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

1. Name des Medikamentes	2. Name des Medikamentes	3. Name des Medikamentes

Morgens

Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung	Dosierung	Dosierung

Mittags

Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung	Dosierung	Dosierung

Bemerkung / Dauer der Einnahme

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir die Erzieher/-in der Tageseinrichtung für Kinder „Kindergarten Apfelbaum“ meinem/unserem Kind die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.
Für etwaige Nebenwirkungen und Komplikationen übernehmen der Träger und das pädagogische Personal keine Verantwortung.

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern / der Sorgeberechtigten