

Medikamentengabe

Name des Kindes, Vorname, Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:
Bemerkung/Dauer der Einnahme:

Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Name des Medikamentes	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
Uhrzeit		
Dosierung		
Bemerkung		

keine

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

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

die Erzieher/innen und Betreuer/innen des Kindergartenland e.V.

meinem/unserem Kind _____ die o.g. Medikamente

zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Wir erklären, dass medizinische Anwendungen im Kinderhaus "SPIEL MIT UNS" generell in unserem/meinem Verantwortungsbereich liegen und insofern keine Haftung durch das pädagogische Personal der Einrichtung übernommen wird.

Ort, Datum

Unterschrift d. Eltern/Sorgeberechtigten