



Name des Kindes

Vorname

Geburtstag

Medikamentengabe im Kindergarten

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1.	2.	3.
	Name des Medikaments	Name des Medikaments	Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ 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 Erziehungs-/Sorgeberechtigten

dass der / die Erzieher/-in _____ der Tageseinrichtung
Name des / der Erzieher/-in

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

zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten