



Medikamentenverabreichung

Name des Kindes: _____ geboren am _____

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden;

	1. _____ Name d. Medikaments	2. _____ Name d. Medikaments	3. _____ Name d. Medikaments
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____

Bemerkung/Dauer d. Einnahme:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/Stempel d. Arztes/Ärztin

Hiermit ermächtige ich das pädagogische Personal im Kinderhaus der Gemeinde meinem Kind die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.
Ich stelle die Kindertageseinrichtung, vertreten durch die Leitungskraft und die pädagogischen Mitarbeiterinnen frei von jeglicher Verantwortung und Haftung. Dies gilt auch für den Fall, dass Personenschäden (auch Dritter) durch die Einnahme der ausgehändigten Medikamente entstehen sollten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Eltern