

Medikamentengabe

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	Name des Medikaments	Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Nachmittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Bemerkung/Dauer der Einnahme		

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Besondere Gebrauchshinweise	Name des Medikaments	Name des Medikaments

Sonstiges: _____

Ermächtigung des/der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir _____
(Name des/der Sorgeberechtigten)

die Kindertagespflegeperson _____

meinem/unsere(m) Kind _____

die o. g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der 1. Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift des/der 2. Sorgeberechtigten