

## Medikamentenverabreichung

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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 Elterninitiative 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