



# Medikamentengabe

## 1. Vom Arzt auszufüllen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Name des Arztes: \_\_\_\_\_ Telefon im Notfall: \_\_\_\_\_

### Nachfolgendes Medikament ist zu verabreichen wie angegeben:

Name des Medikaments : \_\_\_\_\_

Darreichungsform: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dauer der Einnahme: \_\_\_\_\_

Lagerung: \_\_\_\_\_

Was sonst noch zu beachten ist: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

## 2. Von den Personenberechtigten auszufüllen

Hiermit bevollmächtige ich die Erzieherinnen der Kleinkindertagesstätte Blumenwiese, unserem Kind, die oben aufgeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten in der angegebenen Dosierung zu verabreichen. Änderungen in der Dosierungsempfehlung werden wir der Einrichtung unverzüglich in obiger Schriftform mitteilen.

Ich bin darüber informiert, dass die Einrichtung auf Grund ihrer speziellen (Personal-) Situation keine Garantie dafür übernehmen kann, dass die Medikamente immer vereinbarungsgemäß gegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten