

Medikamentengabe im Ev. Kinder- und Familienhaus Kesselsdorf

Bitte berücksichtigen Sie, dass die pädagogischen MitarbeiterInnen unserer Einrichtung generell keine Antibiotika verabreichen dürfen.

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

.....

.....

- Vom Arzt auszufüllen -

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
Morgens	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Nachmittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Bemerkung/ Dauer der Einnahme bis einschließlich:		

Besondere Hinweise / Sonstiges:

.....

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift und Stempel des Arztes

- Von den Eltern auszufüllen -

Ermächtigung der Eltern / Sorgeberechtigten zur Medikamentengabe

Hiermit ermächtige/n ich/wir

.....

Name der Eltern / Sorgeberechtigten

den/die ErzieherIn

.....

Name des/der ErzieherIn

des Ev. Kinder- und Familienhauses Kesselsdorf, Fröbelweg 1 in 01723 Kesselsdorf

meinem/unsere(m) Kind

.....

Vorname + Name des Kindes

die vom Arzt verordneten Medikamente laut Festlegung der Medikamentengabe s. o. zu verabreichen.

Tel.Nr. des Arztes:

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten