Bezirksverband Schwaben e.V.
Sonnenstr. 10 86391 Stadtbergen

Medikamentenabgabe

Name	Vorname	Geburtsdatum

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

1. Name der Medikaments	2. Name des Medikaments	3. Name der Medikaments
➢ Morgens		
Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung	Dosierung	Dosierung
➢ Mittags		
Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung	Dosierung	Dosierung

Bemerkung/ Dauer der Einnahme/Lagerung

……

Ort, Datum **Unterschrift und Stempel des Arztes/Ärztin**

Ermächtigung der Eltern/Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n/wir den /die Erzieher/- in der Tageseinrichtung für Kinder meinem/unserem Kind die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

……..

Ort, Datum **Unterschrift der Eltern/eines Sorgeberechtigten**

……..

Ort, ,Datum **Unterschrift Tagesstättenleitung**