

Medikamentengabe in der Kita

Name des Kindes	Vorname	Geburtstag
Kitagruppe		
Medikament (Name der Arznei)		

Dosierung (Menge pro Einnahme) _____

Art der Anwendung (Auftragen, Schlucken etc.) _____

Zeitliche Vorgaben (Wann und wie häufig?) _____

Wechselwirkung (Was ist zu beachten?) _____

Ärztliche Verordnung liegt vor liegt nicht vor

Name des Arztes _____

Telefonnummer des Arztes _____

Hiermit ermächtige/n ich/wir

Name der Eltern/Sorgeberechtigten _____

den/die Erzieher/in _____

den/die Erzieher/in _____

den/die Erzieher/in _____

in der Tageseinrichtung meinem Kind/unseren Kindern die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / der Sorgeberechtigten