

Medikamentengabe, Information für die Kindertageseinrichtung

Name, Vorname des Kindes

Geburtstag

Folgende **rezeptpflichtige** Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

Name des verordnenden Arztes und Praxisstempel: _____

Rezeptdatum: _____

Medikament	Dosierung	Gabezeit			Zeitdauer/Datum	Unterschrift Arzt

Folgende **nicht rezeptpflichtige** Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

Medikament	Dosierung	Gabezeit			Zeitdauer/Datum	

Besondere Gebrauchshinweise	Name des Medikaments	

Ermächtigung des/der Sorgeberechtigten zur Medikamentengabe

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Dienst habende pädagogische Fachkraft meinem/unserem Kind das/die oben stehende(n) Medikament(e) zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen. Die Regelungen aus der Anlage 4 zum Betreuungsvertrag habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten