

Vor- und Nachname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

Uhrzeit	Name des Medikaments	Dosierung/Dauer der Einnahme	Lagerung (z. B. im Kühlschrank)

BEMERKUNGEN

Vom Arzt/der Ärztin auszufüllen

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes/der Ärztin:

ERMÄCHTIGUNG DER ELTERN/DES SORGBERECHTIGTEN

Hiermit ermächtige/n ich/wir _____ (Name der Eltern/der Sorgeberechtigten des Kindes) die Erzieher/innen in der Kindertageseinrichtung _____ (Name der Kindertageseinrichtung) meinem/unserem Kind _____ (Name des Kindes) die oben genannten Medikamente wie angegeben zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/der Sorgeberechtigten

Geschäftsstelle