

# Medikamentenverabreichung

Das pädagogische Personal der Einrichtung trägt die Verantwortung für eine große Gruppe von Kindern. Daher kann keine Garantie gegeben werden, dass die Einnahme des Medikaments stetes zeitgerecht erfolgt!

Für etwaige Nebenwirkungen und Komplikationen übernehmen der Träger und das pädagogische Personal keine Verantwortung!

## 1. Angaben zum Kind

Vor- und Familienname des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_

## 2. Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

1. Name des Medikaments	2. Name des Medikaments	3. Name des Medikaments
→ <b>Morgens</b>		
Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
→ <b>Mittags</b>		
Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:

## Bemerkung/Dauer der Einnahme

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Hiermit ermächtige/-n ich/wir das pädagogische Personal in der Einrichtung Barbara Gram´sche Kindergartenstiftung meinem/unsere(m) Kind die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/Personensorgeberechtigten