

Vollmacht zur Verabreichung von Medikamenten

Name des Kindes

Vorname

Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

Medikament 1

Name des Medikaments		
Dosierung		
Uhrzeit		

Medikament 2

Name des Medikaments		
Dosierung		
Uhrzeit		

Medikament 3

Name des Medikaments		
Dosierung		
Uhrzeit		

Medikament 4

Name des Medikaments		
Dosierung		
Uhrzeit		

Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtigen wir: _____
Name der Eltern / Sorgeberechtigten

den/die Erzieher/-in _____ der Kindertagesstätte,
Name des/der Erzieher/-in

meinem/unsere(m) Kind _____ die o.g. Medikamente
Name des Kindes

zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten