

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 Medikamentes stets 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: _____

geboren am: _____

Erreichbarkeit der Eltern:

Festnetz: _____

Handy: _____

Arzt: _____

Telefon: _____

Hiermit ermächtige/-n ich/wir das pädagogische Personal in der Einrichtung Kindergarten Stadelschwarzach meinem/unserem Kind die unten genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

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

1. Name des Medikaments	2. Name des Medikaments	3. Name des Medikaments
morgens		
Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:

Kindergarten Stadelschwarzach

mittags		
Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung:	Dosierung	Dosierung

Bemerkung/Dauer der Einnahme

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes