

Medikamentenabgabe in der Krippe

Nachname des Kindes _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Folgende Medikamente müssen eingenommen werden:

	1.	2.	3.
	Medikamentenname	Medikamentenname	Medikamentenname
Lagerung	im Kühlschrank?	im Kühlschrank?	im Kühlschrank?
Uhrzeit der Abgabe			
Dosierung Medikament			
Dauer der Einnahme	Datum von/bis	Datum von/bis	Datum von/bis
Bemerkung			
Risiken			

Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/wir _____
Name der Eltern/Sorgeberechtigten

die/den verantwortliche/n Erzieher/in der Gruppe _____
Gruppe des Kindes

meinem/unserem Kind _____ das/die o.g. Medikament/e
Name des Kindes

zu den angegebenen Daten und Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten