

Einverständniserklärung Medikamentenverabreichung

(Vom Arzt auszufüllen)

Name des Kindes: _____

Geboren am: _____

Name des Arztes: _____

Telefon im Notfall: _____

	1.Medikament	2.Medikament	3.Medikament
Name			
Darreichungsform			
Lagerung			
Morgens:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Mittags:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Nachmittags:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Abends:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:

Besondere Hinweise zur Verabreichung/Dauer der Einnahme etc.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

(Von den Personensorgeberechtigten auszufüllen)

Hiermit bevollmächtige ich/wir den/die Erzieher/in _____ der Kindertagespflege „Die Burgflöhe“, meinem/unsere(m) Kind _____ geboren am _____ die oben aufgeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten in der angegebenen Dosierung zu verabreichen. Änderungen in der Dosierungsempfehlung werden wir der Kindertagespflege unverzüglich in obiger Schriftform mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes