



Formular Medikamentengabe

<b>Medikamentengabe, Informationen für die Kindertageseinrichtung</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Name, Vorname des Kindes:</b>	

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	<b>Name des Medikaments:</b> .....	<b>Name des Medikaments:</b> .....
<b>Morgens</b>	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
<b>Mittags</b>	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
<b>Bemerkungen:</b>		
<b>Dauer der Einnahme</b>	Vom: Bis:	Vom: Bis:

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

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

**Ermächtigung der Eltern/des/der Sorgeberechtigten**

Hiermit ermächtige/-n ich/wir \_\_\_\_\_

folgende Mitarbeiterinnen der katholischen Kindertagesstätte St. Heinrich:

.....  
.....  
.....

meinem/unsere(m) Kind \_\_\_\_\_

die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Die Sorge- bzw. Erziehungsberechtigten stellen die Erzieherinnen für den Fall gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder Schädigungen des Kindes im Zusammenhang mit der Verabreichung des Medikaments, der Anwendung von Verordnungen, der Messung von Körperfunktionen oder der Überwachung von Diäten von aller Haftung frei.

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

Unterschrift der Eltern/des/der Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_