Vorname Name Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1. _____ **Name des Medikaments**	**2.** _____ **Name des Medikament**	**3.** _____ **Name des Medikaments**
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:
Bemerkung /Dauer der Einnahme			

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige /-n ich / wir _____
[Name der Eltern/Sorgeberechtigten]
den / die Erzieher/ -in _____ der Tageseinrichtung für
[Name der Erzieherin/des Erziehers]
Kinder meinem / unserem Kind _____ die o. g. Medikamente zu
[Name des Kindes]
den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Eltern /eines/einer Sorgeberechtigten