



*Medikamentengabe
im Städtischen Kindergarten
„Rappelkiste“*

Ermächtigung der Eltern / des/der Personensorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir _____
(Name der Eltern / Personensorgeberechtigten)

den/die Erzieher(-in) _____

und in seiner/ihrer Vertretung

den/die Erzieher(-in) _____

den/die Erzieher(-in) _____

den/die Erzieher(-in) _____

des Städtischen Kindergartens „Rappelkiste“, Schubertstraße 10, 32816 Schieder-Schwalenberg

meinem/unsere(m) Kind _____
(Name des Kindes)

die umseitig genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Schieder-Schwalenberg, den _____

(Unterschrift der Eltern / des/der Personensorgeberechtigten)

Name des behandelnden Arztes: _____

Telefonnummer des Arztes: _____

Zeitraum der Aufgabenübertragung: _____

Medikamentengabe im Städtischen Kindergarten "Rappelkiste"

Name, Vorname des Kindes _____ Geburtstag _____

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	(Name des Medikamentes)	(Name des Medikamentes)
morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
nachmittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Bemerkung / Dauer der Einnahme		

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

	(Name des Medikamentes)	(Name des Medikamentes)
Besondere Gebrauchshinweise		

Sonstiges