

Ärztliche Anordnung zur Medikamentengabe

Name, Vorname des Kindes	Geburtstag	Kindereinrichtung
Name, Vorname 1. Personensorgeberechtigter		Name, Vorname 2. Personensorgeberechtigter

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	Name des Medikaments	Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:
	Bemerkung/ Dauer der Einnahme	Bemerkung/ Dauer der Einnahme

Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:
	Bemerkung/ Dauer der Einnahme	Bemerkung/ Dauer der Einnahme

Datum, Unterschrift / Stempel Arzt	Datum, Unterschrift / Stempel Arzt
Datum, Unterschrift / Stempel Arzt	Datum, Unterschrift / Stempel Arzt

	Name des Medikaments	Name des Medikaments
Besondere Gebrauchshinweise		

Sonstiges: _____

Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/ wir den / die Erzieher/-in _____

(Name der Erzieherin/ des Erziehers)

der o.g. KiTa meinem / unserem o.g. Kind die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/ des/ der Sorgeberechtigten