

Medikamentengabe

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Ärztliche Verordnung

Folgendes Medikament muss zu den nachfolgenden Bedingungen verabreicht werden:

Medikament: _____

Dosierung: _____

Uhrzeit der Verabreichung: _____

Art der Anwendung: _____

Dauer der Einnahme: _____

Lagerung des Medikaments: _____

Besondere Hinweise: _____

Name des Arztes _____

Telefonnummer des Arztes: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/ der Ärztin

Ermächtigung der Eltern/ Sorgeberechtigten

Hiermit berechtige(n) ich/wir _____

Name der Eltern/ Sorgeberechtigten

Die Betreuer*innen der Jugendförderung Sassenburg, Hauptstraße 110, 38524 Sassenburg

Meinem/ unserem Kind _____

Name/ Vorname des Kindes

das o.g. Medikament zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/ Sorgeberechtigten