

Vordruck MEDIKAMENTENGABE

Das Formular bitte vom zuständigen Arzt ausfüllen lassen!

Vorname	Name	Geburtsdag
---------	------	------------

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten bzw. dem Eintreten folgender Umstände eingenommen werden:

	1. <u>Name des Medikaments</u>	2. <u>Name des Medikaments</u>	3. <u>Name des Medikaments</u>
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Abends	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Beim Eintreten folgender Umstände: (z. B. epileptischer Anfall,)	Umstand: _____ Dosierung: _____	Umstand: _____ Dosierung: _____	Umstand: _____ Dosierung: _____
Bemerkung/Dauer der Einnahme:			

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin
------------	--

telefonisch erreichbar unter: _____

Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten:

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

den/die Erzieher/in / sozialpädagogische/n Mitarbeiter/in _____
(Name der Erzieherin / des Erziehers / der/des soz.päd. MA)

der städtischen Tageseinrichtung für Kinder sowie der städtischen Kinder- und Jugendeinrichtung

meinem/unserem Kind _____ die o. g. Medikamente zu den angegebenen
(Name des Kindes)
Zeiten bzw. in den vorgenannten Fällen zu verabreichen.

Ort, Datum	(Unterschrift der Eltern / eines / einer / Sorgeberechtigten)
------------	---