Vollmacht – Medikamentengabe

Name, Vorname des Kindes **Geburtstag**

Folgende Medikamente müssen dem o. g. Kind zu den genannten Tageszeiten verabreicht werden:

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

Ich gebe dem Personal eine Ermächtigung für die Medikamentenaushändigung an die teilnehmende Person, weil / wenn sie von einer Krankheit betroffen ist.

Erziehungsberechtigte/ Sorgeberechtigte:

_____

Vorname

_____

Nachname

_____

Datum und Unterschrift