

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

|                                     | 1.<br>_____<br>Name des Medikaments | 2.<br>_____<br>Name des Medikament | 3.<br>_____<br>Name des Medikaments |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Morgens                             | Uhrzeit: _____<br>Dosierung: _____  | Uhrzeit: _____<br>Dosierung: _____ | Uhrzeit: _____<br>Dosierung: _____  |
| Mittags                             | Uhrzeit: _____<br>Dosierung: _____  | Uhrzeit: _____<br>Dosierung: _____ | Uhrzeit: _____<br>Dosierung: _____  |
| Bemerkung /Dauer der Einnahme _____ |                                     |                                    |                                     |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

### Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige /-n ich / wir \_\_\_\_\_  
[Name der Eltern/Sorgeberechtigten]  
 den / die Erzieher/ -in \_\_\_\_\_  
[Name der Erzieherin/des Erziehers] der Tageseinrichtung für  
 Kinder meinem / unserem Kind \_\_\_\_\_  
[Name des Kindes] die o. g. Medikamente zu  
 den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern /eines/einer Sorgeberechtigten

