

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

1. Name des

Medikaments

2. Name des

Medikaments

3. Name des

Medikaments

**» Morgens**

Uhrzeit:

Uhrzeit:

Uhrzeit:

Dosierung:

Dosierung:

Dosierung:

**» Mittags**

Uhrzeit:

Uhrzeit:

Uhrzeit:

Dosierung:

Dosierung:

Dosierung:

Bemerkung / Dauer der Einnahme:

Lagerung des Medikamentes:

Berlin, \_\_\_\_\_

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

**Ermächtigung der Eltern / des Sorgeberechtigten**

Hiermit ermächtige/n ich / wir die pädagogischen Fachkräfte der Tageseinrichtung, meinem / unserem Kind die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

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

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname in Druckschrift

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

erstellt: Verwaltung	geprüft: QMB	freigegeben: QMB	Verteiler und NÜT: gemäß Dokumentenmatrix
Datum: 2017-01-18	Datum: 2017-01-23	Datum: 2017-01-23	