

Medikamentenverabreichung

Das pädagogische Personal der Einrichtung trägt die Verantwortung für eine große Gruppe von Kindern. Daher kann keine Garantie gegeben werden, dass die Einnahme des Medikaments stets zeitgerecht erfolgt!

Für etwaige **Nebenwirkungen** und **Komplikationen** übernehmen der Träger und das pädagogische Personal keine Verantwortung!

1. Angaben zum Kind

Vor- und Familienname des Kindes: _____ geb. am: _____

2. 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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

Hiermit ermächtige/-n ich / wir das pädagogische Personal in der Einrichtung Kath. Kindergarten St. Xystus meinem / unserem Kind die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Personensorgeberechtigten

Medikamentenverabreichung

Das pädagogische Personal der Einrichtung trägt die Verantwortung für eine große Gruppe von Kindern. Daher kann keine Garantie gegeben werden, dass die Einnahme des Medikaments stets zeitgerecht erfolgt!

Für etwaige **Nebenwirkungen** und **Komplikationen** übernehmen der Träger und das pädagogische Personal keine Verantwortung!

1. Angaben zum Kind

Vor- und Familienname des Kindes: _____ geb. am: _____

2. 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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

Hiermit ermächtige/-n ich / wir das pädagogische Personal in der Einrichtung Kath. Kindergarten St. Xystus meinem / unserem Kind die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Personensorgeberechtigten