



Name des Kindes

Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

1.	2.
Name des Medikaments	Name des Medikaments
1. Einnahmezeit:	
Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung/Form (Tablette, Saft, Zäpfchen ...)	Dosierung/Form (Tablette, Saft, Zäpfchen ...)
Information über Risiken	Information über Risiken
2. Einnahmezeit:	
Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung/Form (Tablette, Saft, Zäpfchen ...)	Dosierung/Form (Tablette, Saft, Zäpfchen ...)
Information über Risiken	Information über Risiken

Bemerkung / Dauer der Einnahme

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes
(nur bei chronischen od. schwerwiegenderen
Krankheiten)

Ermächtigung des / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir die Erzieherinnen/Kinderpflegerin in der Kinderkrippe Sonnenkäfer e.V. meinem/unserem Kind die o. g. Medikamente zu den gegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigte

