

---

Vorname

Name

Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1.	2.	3.
	Name des Medikaments	Name des Medikaments	Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ 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 des Erziehers/der Erzieherin) 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