

Information Medikamentengabe

- Name des Kindes:.....
- Geburtsdatum des Kindes:.....
- Welche Krankheiten / Auffälligkeiten / Besonderheiten liegen vor?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum:.....

Unterschrift Eltern / Personensorgeberechtigten:

.....

2.Verordnung vom Arzt

3. Ermächtigung der Eltern / Personensorgeberechtigten und individuelle Absprachen

Hiermit ermächtige/-n ich/wir

Name der Eltern / Personensorgeberechtigten

den Erzieher und Erzieherinnen des Hortes der Lindengrundschule
Missen

unserem Kind

Name des Kindes

die von dem Arzt /der Ärztin in der Verordnung angegebenen
Medikamente in der vorgeschriebenen Dosierung zu der
angegeben Zeit für die vorgeschriebene Behandlungsdauer zu
verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Personensorgeberechtigten

4. Medikamentenverordnungsblatt

Name des Kindes:.....

Medikament:.....

Datum, Uhrzeit:.....

Besondere Vorkommnisse:.....

.....

.....

Erzieher / Erzieherin:.....

Unterschrift:.....