Das Formular bitte vom zuständigen Arzt ausfüllen lassen!

_____

Vorname Name Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten bzw. dem Eintreten folgender Umstände eingenommen werden:

	1. _____ **Name des Medikaments**	**2.** _____ **Name des Medikaments**	**3.** _____ **Name des Medikaments**
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:
Abends	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:	Uhrzeit: _____ Dosierung:
Beim Eintreten folgender Umstände: **(z. B. epileptischer Anfall, …….)**	Umstand: Dosierung:	Umstand: Dosierung:	Umstand: Dosierung:
Bemerkung/Dauer der Einnahme:			

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

telefonisch erreichbar unter: _____

Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten:

Hiermit ermächtige/n ich/wir _____
(Name der Eltern / Sorgeberechtigten)

den/die Erzieher/in / sozialpädagogische/n Mitarbeiter/in _____
(Name der Erzieherin / des Erziehers / der/des soz.päd. MA)

der Kindertagesstätte „Hand-in-Hand“, Albertstr. 4, Gummersbach,

meinem/unserem Kind _____ die o. g. Medikamente zu den angegebenen
(Name des Kindes)
Zeiten bzw. in den vorgenannten Fällen zu verabreichen.

_____ _____

Ort, Datum (Unterschrift der Eltern / eines / einer / Sorgeberechtigten