



Medikamentenverabreichung

Hiermit erteile/n ich/ wir dem Team der Einrichtung _____
den Auftrag meinem/ unserem Kind _____

folgende ärztlich verordnete Medikamente während des Aufenthalts in der Einrichtung zu verabreichen.

Es liegt vor:

Allergie, welche _____

Erkrankung, welche _____

Sonstiges _____

Name des Medikaments: _____

Art & Umfang der Dosierung: _____

Zeitpunkt der Einnahme: _____

Achtung:

Ist die Einnahme von Antibiotika erforderlich, darf Ihr Kind die Einrichtung erst wieder besuchen, wenn diese bereits über mindestens drei Tage erfolgt ist. Eine Haftung wird weder bei falscher Anwendung/ Verabreichung durch die Mitarbeiter_innen übernommen noch bei falscher Anweisung durch den Arzt oder die Eltern.

Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte/r