

* In Anlehnung an die Vorlage der Landesunfallkasse Nord

Medikamentengabe in der Kindertagespflege*

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Anschrift: _____

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Name des Medikaments: _____			
Morgens	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung			
Mittags	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung			
Abends	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung			
Dauer der Einnahme: _____			

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Ermächtigung der Eltern/der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige ich _____
Name/ Vorname der Eltern/ der/ des Sorgeberechtigte/r

die Kindertagespflegeperson _____
Name/ Vorname

im Kindertagespflegeverbund als **Vertretung**
die Kindertagespflegeperson _____
Name/ Vorname der Tagespflegeperson

meinem /unserem Kind _____
Name/ Vorname des Kindes

die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte/r

