Wurzelknirpse e.V. Im Hauswengert 7 74626 Unterheimbach Vorsitzende Stefanie Paspa
 Vorsitzende Susanne Mika

E-Mail: info@wurzelknirpse.de Tel.: 07946 / 9890768

Medikamentengabe im Kindergarten

Name des Kind	les \	/orname	Geburtsdatum	
Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden.				
	1.	2.	3.	
Morgens	Name des Medikaments Uhrzeit:	Name des Medikaments Uhrzeit:	Name des Medikaments Uhrzeit:	
Morgens	Offizeit.	Offizeit.	Offizeit.	
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	
Bemerkungen/ Dauer der Einnahme				
Ort, Datum		Unterschrift und Stempe	Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes	

Wurzelknirpse e.V. Im Hauswengert 7 74626 Unterheimbach Vorsitzende Stefanie Paspa
 Vorsitzende Susanne Mika
 E-Mail: info@wurzelknirpse.de

Tel.: 07946 / 9890768

Ermächtigung der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir		<i></i>
	Name der Erziehungs-/ Sorgeberechtigten	
dass der / die Erzieher/-in		der Tageseinrichtung
	Name des / der Erzieher/-in	
meinem/ unseren Kind		_ die o.g. Medikamente
	Name des Kindes	
zu den angegebenen Zeiten zu	verabreichen.	
Ort, Datum	Unterschrift o	der Erziehungs-/ Sorgeberechtigten