



Medikamentengabe durch die Tagespflegeperson

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Behandelnder Arzt

Adresse

Telefonnummer

Folgendes Medikament muss zu den genannten Tageszeiten verabreicht werden:

Name des Medikamentes

Einnahmezeit (Uhr/Tageszeit)

Dosierung

Dauer der Behandlung

Bemerkung

Besondere Gebrauchs-, Lagerungs- oder Dosierungshinweise:

.....

.....

Sonstiges:

.....

.....

.....

Ort, Datum Unterschrift, Stempel des behandelnden Arztes:

.....



Ermächtigung durch die Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/wir

die Tagespflegeperson

meinem/unserem Kind

geboren am

folgendes Medikament laut ärztlicher Verordnung vom

durch (Name des Arztes)
zu verabreichen.

Ich/wir entbinde/n die oben genannte Tagesmutter von der Verantwortung und Haftung durch eventuell auftretende Folgen, allergische Reaktionen und Nebenwirkungen, die durch die Einnahme/Verabreichung der Medikamente auftreten.

Die Originalverpackung der Medikamente sowie den Beipackzettel habe/n ich/wir der Tagesmutter für die Dauer der Einnahme/Verabreichung hinterlegt.

Die Medikamentengabe erfolgt mit meinem/unserem Einverständnis und nach meiner/unserer Anweisung, daher trage/n ich/wir die alleinige Verantwortung für die daraus resultierenden Schäden und Folgeerscheinungen mit voller alleiniger Haftung.

Ort, Datum Unterschrift der Eltern

.....