



MEDIKAMENTENABGABE

--	--

Name des Kindes

Geburtsdatum

Name Medikament			
Uhrzeit			
Dosierung			
Verabreicht um			
Visum			
Uhrzeit			
Dosierung			
Verabreicht um			
Visum			
Uhrzeit			
Dosierung			
Verabreicht um			
Visum			
<u>Bemerkungen:</u> -Lagerung -Anleitung / Info -Risiken oder Nebenwirkungen			

Hiermit ermächtige ich, die Erzieher der
Name der Eltern/Sorgeberechtigten

Chinderinsle zur Sonne in Magden, meinem Kind
Namen des Kindes

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

Datum:

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten:

.....

.....