Anlage 12:
Medikamentenverabreichung

Das pädagogische Personal der Einrichtung trägt die Verantwortung für eine große Gruppe von Kindern. Daher kann keine Garantie gegeben werden, dass die Einnahme des Medikaments stets zeitgerecht erfolgt!
Für etwaige **Nebenwirkungen** und **Komplikationen** übernehmen der Träger und das pädagogische Personal keine Verantwortung!

1. Angaben zum Kind
Vor- und Familienname des Kindes:…… geb. am:……..

2. Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

1. **Name des Medikaments**	**2.** **Name des Medikaments**	**3.** **Name des Medikaments**
-> Morgens		
Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
-> Mittags		
Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:

Bemerkung / Dauer der Einnahme

Aschaffenburg,…… **…….**
Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

Hiermit ermächtige/-n ich / wir das pädagogische Personal in der Einrichtung Kindertagesstätte Suppenschule meinem / unserem Kind die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Aschaffenburg,…… **……**
Ort, Datum Unterschrift der Eltern / Personensorgeberechtigten