Verabreichung von Medikamenten durch das Team

Hiermit bestätige ich, das es notwendig ist, dem Kind

(Name des Kindes)

im Kinderhaus St. M. Immaculata ein Medikament zu verabreichen.

NAME DES MEDIKAMENTES:

DOSIERUNG:

ZEIT DER EINNAHME: a) Uhrzeit: ……

b) vor / nach dem Essen

AUFBEWAHRUNG IM KÜHLSCHRANK: **ja / nein**

DAUER DER EINNAHME:

SONSTIGE HINWEISE:

_____ _____

Datum **Unterschrift und Stempel des Arztes**

Einverständniserklärung der Eltern

Ich/ Wir bevollmächtigen das Team des Kinderhauses, o. g. Medikament meinem/ unserem Kind zu verabreichen.

_____ _____

Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Verabreicht (wird vom Team ausgefüllt):

Datum										
Signum										