

Ärztliche Bescheinigung zur Medikamentengabe (Musterformular)

.....
Name, Vorname des Kindes

.....
geb.

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden.

	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
Morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:
Bemerkung/ Dauer der Einnahme		

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift u. Stempel des Arztes

	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
Besondere Gebrauchshinweise		

Sonstiges:

Ermächtigung der Erziehungsberechtigten

Hiermit ermächtige ich
Name des Personensorgeberechtigten

die Erzieherin des Kinderhaus Samenkorn Freital, Schreberstr.5

meinem Kind

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Personensorgeberechtigten