

# Notfall-/ Medikamentengabe im Kindergarten/ in Einrichtungen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	Zeitpunkt	Dosis	Bemerkung/Dauer der Einnahme
<b>Vorgabe im Notfall</b> _____ Name des Medikamentes	Gabe nach .....Minuten		Notarzt alarmieren ja o Nein o
1. _____ Name des Medikamentes			
2. _____ Name des Medikamentes			

## Lagerungshinweise:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

## Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir \_\_\_\_\_  
Name der Eltern/Sorgeberechtigten

dass die/dem Erzieher/-in \_\_\_\_\_ der  
Tageseinrichtung  
Name der Erzieherin/des Erziehers

meinem/unsere(m) Kind \_\_\_\_\_ die o.g. Medikamente  
zu den angegebenen Zeiten verabreichen darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift d. Eltern/Erziehungsberechtigten