



Erlaubnis zur Verabreichung von verschreibungspflichtigen Medikamenten

Vor- und Nachname des Kindes Geburtstag

Folgendes Medikament _____ muss zu den folgenden Tageszeiten
(Name des Medikaments)

eingenommen werden:

Morgens / Uhrzeit: _____ **Dosierung:** _____

Mittags / Uhrzeit: _____ **Dosierung:** _____

Bemerkung / Dauer der Einnahme:

Ort, Datum Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir _____
(Name der Eltern / Sorgeberechtigten)

den/die Erzieher/-in der Sportkindertagesstätte, meinem/unsere(m) Kind

_____ die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu
(Name des Kindes)

verabreichen.

Ort, Datum Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten