

Anlage:

Medikamentenverabreichung

Die Tagespflegeperson _____ trägt zeitweise die Verantwortung für mehrere Kinder. Daher kann keine Garantie gegeben werden, dass die Einnahme des Medikaments stets zeitgerecht erfolgt!

Für etwaige **Nebenwirkungen** und **Komplikationen** übernimmt die Tagespflegeperson 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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

Hiermit ermächtige/-n ich / wir die Tagespflegeperson _____ in der Tagespflege-
gestelle meinem / unserem Kind die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu
verabreichen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Eltern / eines Personensorgeberechtigten