

Medikamentengabe bei Kindercamps

Name des Kindes

Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden

	1. Medikament	2. Medikament	3. Medikament
	_____	_____	_____
Morgens	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____
Mittags	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____
Abends	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____	Uhrzeit _____ Dosierung _____
Bemerkung / Dauer der Einnahme			

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Ermächtigung der Erziehungsberechtigten

Hiermit ermächtige ich, _____,
Name Erziehungsberechtigte/r

das zuständige Betreuungspersonal, meinem Kind,

_____, die vorne genannten Medikamente
Vorname und Name des Kindes

zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r