

**Medikamentenverabreichung**

Das pädagogische Personal der Einrichtung trägt die Verantwortung für eine große Gruppe von Kindern. Daher kann keine Garantie gegeben werden, dass die Einnahme des Medikaments stets zeitgerecht erfolgt!

Für etwaige **Nebenwirkungen** und **Komplikationen** übernehmen der Träger und das pädagogische Personal keine Verantwortung!

**1. Angaben zum Kind**

Vor – und Familienname der Kinders:

**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 das pädagogische Personal in der Einrichtung Pius-Kinderhort Gmund meinem / unserem Kind die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern / Personensorgeberechtigten