

Medikamentengabe

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Ärztliche Verordnung

Folgendes Medikament muss zu den nachfolgend genannten Bedingungen verabreicht werden:

Medikament:

Dosierung:

Uhrzeit der Verabreichung:

Art der Anwendung:

Dauer der Einnahme:

Lagerung des Medikamentes:

Besondere Hinweise:

Name des Arztes:

Telefonnummer des Arztes:

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/ der Ärztin

Ermächtigung der Eltern/ des/ der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige(n) ich/ wir

Name und Vorname der Eltern/ des Sorgeberechtigten

die Betreuerinnen und Betreuer der Stadt Hameln

meinem/ unserem Kind

Name und Vorname des Kindes

das o.g. Medikament zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/ des Sorgeberechtigten