



**Bescheinigung zur Vorlage und für die Vereinbarung zu einer
ärztlich verordneten Medikamentengabe
im Kindernest Malsch e. V.**

Gruppe des Kindes:

Verantwortliche Erzieherin / verantwortlicher Erzieher:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Ärztliche Verordnung

Grund der Medikamentengabe:

Dauer der Medikamentengabe:

Art & Name des Medikaments

Tageszeit / Uhrzeit

Dosierung

Folgendes ist zu beachten: (Lagerung, Umgang, Neben- und / oder Wechselwirkung, etc.)

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Ermächtigung der / des Sorgeberechtigten:

Hiermit ermächtige ich die Erzieherinnen / Erzieher des Kinderneests Malsch e. V. meinem Kind die oben genannten vom Arzt verordneten verschreibungspflichtigen Medikamente zu den angegebenen Zeiten und in der genannten Dosierung zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Sorgeberechtigten