

An den Evangelischen Kindergarten: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_

.....

**BESTÄTIGUNG DES ARZTES**

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

\_\_\_\_\_  
Name des 1. Medikamentes

\_\_\_\_\_  
Name des 2. Medikamentes

\_\_\_\_\_  
Name des 3. Medikamentes

**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

.....

**ERMÄCHTIGUNG DER ELTERN/DER SORGBERECHTIGTEN**

Hiermit ermächtige/-n ich/wir den/die Erzieher/-in in der Tageseinrichtung für Kinder meinem/unserem Kind die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/ eines Sorgeberechtigten