Medikation

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes

Folgende Medikamente müssen dem oben genannten Kind zu den genannten Tages- oder Uhrzeiten verabreicht werden:

	Medikament	Medikament	Medikament
morgens	Uhrzeit: Dosierung*:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
nachmittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Verabreichungszeitraum			
Anwendungshinweise**			

* Bei Dosierung sind konkrete Angaben zu Art des Medikamentes (z.B. Tropfen, Tablette usw.) und die Menge zu vermerken.
** Bei Anwendungshinweisen sind Angaben zur Einnahme (z.B. vor/während dem Essen, mit/ohne Milchprodukte…) und zum lokalen Anwendungsbereich (z.B. Oral…) zu vermerken, sowie die Selbst- oder Fremdvergabe (durch ein*e Betreuer*in) der Medikamente.

Einverständniserklärung der Eltern:
Ich/wir sind damit einverstanden, dass die o.g. Medikamente durch die zuständigen Betreuer*innen der KjG gemäß unseren Anweisungen verabreicht werden können.

Unterschrift aller Personensorgeberechtigten:

Ort, Datum

Unterschrift(en)