



Kindertagesstätte Wichtelpark e.V.

Vollmacht zur Verabreichung von Medikamenten

Angaben über das Kind

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

Nr.	Name des Medikaments	Uhrzeit	Dosierung
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Bemerkungen/Dauer der Einnahme:

Ort, Datum _____

Unterschrift Stempel des Arztes _____

Ermächtigung der Erziehungsberechtigten

Hiermit ermächtige ich den folgenden erzieherisch tätigen Mitarbeiter/-innen

1. Person _____

2. Person _____

3. Person _____

4. Person _____

des Wichtelparks meinem Kind die oben angegebenen Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____