Medikamentengabe Ev. Grundschule und Hort „Apfelbaum“ Schweta

_____ _____

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

Folgende Medikamente müssen eingenommen werden:

	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
	täglich: Dosierung:	täglich: Dosierung:
Bemerkung/ Dauer der Einnahme		
Besondere Gebrauchshinweise		

Sonstiges:

_____

_____

---------- ----------

Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

<u>Ermächtigung</u>

Hiermit ermächtige/-n ich/wir_____

(Name der Eltern/Sorgeberechtigten)

den/die Pädagogen/-in _____ der Ev. Grundschule/Hort „Apfelbaum“ Schweta

(Name des Pädagogen/der Pädagogin)

meinem/unserem Kind _____

(Name des Kindes)

die ärztlich verordneten Medikamente nach Vorschrift zu verabreichen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte