Name des Kindes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1.** | **2.** | **3.** |
| **Name des Medikaments:** | **Name des Medikaments:** | **Name des Medikaments:** |
| Morgens | Uhrzeit: | Uhrzeit: | Uhrzeit: |
| Dosierung: | Dosierung: | Dosierung: |
| Mittags | Uhrzeit: | Uhrzeit: | Uhrzeit: |
| Dosierung: | Dosierung: | Dosierung: |
| Abends | Uhrzeit: | Uhrzeit: | Uhrzeit: |
| Dosierung: | Dosierung: | Dosierung: |
| Bemerkung/Dauer der Einnahme |  |

**Aus ärztlicher Sicht bestehen keine Bedenken zum Besuch der Kindertageseinrichtung/der Offenen Ganztagsschule**

Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

**Vollmacht**

Hiermit geben wir folgenden Personen die Vollmacht, die oben verordneten Medikamente entsprechend der Dosierungsanweisung unserem Kind zu verabreichen.

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Verabreichende Personen:

* Veränderungen des Gesundheitszustandes oder der Medikation müssen wir der Einrichtung umgehend schriftlich mitteilen.
* Bei einer Medikation benötigt die Einrichtung halbjährlich eine erneute Verordnung, die von uns beigebracht wird.
* Wir tragen dafür Sorge, dass ein Elternteil für die Einrichtung telefonisch erreichbar ist. Soweit erforderlich, nehmen wir bei Aktionen außerhalb der Einrichtung, die besondere Sorgfalt benötigen, teil.

Diese Vollmacht kann jederzeit geändert oder widerrufen werden.

Ort, Datum Unterschrift Eltern