

Stand vom

Medikamentenverabreichung

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass Herr/Frau
folgende Medikamente in nachfolgend aufgeführter Weise und Dosierung verabreichen darf:

Name des Medikaments:

Dosierung:

Dauer der Anwendung:

Lagerung des Medikaments

Name des Medikaments:

Dosierung:

Dauer der Anwendung:

Lagerung des Medikaments

Die Medikamente werden von den Eltern gestellt und die Tagespflegeperson teilt den Eltern mit, wenn diese sich dem Ende neigen.

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter / des Vaters

Unterschrift der Tagespflegeperson

Bei Beendigung der Behandlung wird diese Anlage vernichtet. Bei einer erneuten Medikamentenverabreichung wird ein neues Formular ausgefüllt.