# Anlage:

# Medikamentenverabreichung

Die Tagespflegeperson             trägt zeitweise die Verantwortung für mehrere Kinder. Daher kann keine Garantie gegeben werden, dass die Einnahme des Medikaments stets zeitgerecht erfolgt!

Für etwaige **Nebenwirkungen** und **Komplikationen** übernimmt die Tagespflegeperson keine Verantwortung!

**1. Angaben zum Kind**

Vor- und Familienname des Kindes **[Name]** geb. am: **[Datum]**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.****Name des Medikaments** | **2.****Name des Medikaments** | **3.****Name des Medikaments** |
|       |       |       |
| **🡪 Morgens** |
| Uhrzeit       | Uhrzeit       | Uhrzeit       |
| Dosierung:      | Dosierung:      | Dosierung:      |
| **🡪 Mittags** |
| Uhrzeit       | Uhrzeit       | Uhrzeit       |
| Dosierung:      | Dosierung:      | Dosierung:      |

**Bemerkung / Dauer der Einnahme**

……………………….. …………………………………………..………………

Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

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

Hiermit ermächtige/-n ich / wir die Tagespflegeperson             in der Tagespflegestelle meinem / unserem Kind die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

……………………….. …………………………………………..………………

Ort, Datum Unterschrift der Eltern / eines Personensorgeberechtigten