

## Vollmacht zur Verabreichung von Medikamenten

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

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

### Medikament 1

Name des Medikaments		
Dosierung		
Uhrzeit		

### Medikament 2

Name des Medikaments		
Dosierung		
Uhrzeit		

### Medikament 3

Name des Medikaments		
Dosierung		
Uhrzeit		

### Medikament 4

Name des Medikaments		
Dosierung		
Uhrzeit		

### Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtigen wir: \_\_\_\_\_  
Name der Eltern / Sorgeberechtigten

den/die Erzieher/-in \_\_\_\_\_ der Kindertagesstätte,  
Name des/der Erzieher/-in

meinem/unsere(m) Kind \_\_\_\_\_ die o.g. Medikamente  
Name des Kindes

zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten