

Medikamentengabe durch die Tagespflegeperson auf Anweisung des Arztes

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Behandelnder Arzt: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

**Folgendes Medikament muss zu den genannten Tageszeiten verabreicht werden
(Medikation des Arztes liegt vor):**

Name des Medikamentes	Einnahmezeit (Uhrzeit/Tageszeit)	Dosierung	Dauer der Behandlung

Sonstiges (z.B. Gebrauchs- und Lagerungshinweise):

Ort, Datum

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten