

# ERLAUBNIS Medikamentengabe

Evangelische Kita St. Paulus, Petersweg 1a, 21075 Hamburg, 040 / 765 96 17

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

Folgendes Medikament / Medikamente muss/müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

## Name des Medikaments

**Morgens: Uhrzeit**

\_\_\_\_\_  
Dosierung:

**Mittags: Uhrzeit**

\_\_\_\_\_  
Dosierung:

**Nachmittags/abends: Uhrzeit**

\_\_\_\_\_  
Dosierung:

Bemerkung/  
Dauer der Einnahme

---

## Bestätigung des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

## Name des Medikaments

Besondere Gebrauchshinweise

Sonstiges

---

## Ermächtigung der Eltern / des / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/ wir \_\_\_\_\_  
[Name der Eltern/Sorgeberechtigten]

den / die Erzieher/ -in \_\_\_\_\_ der oben genannten Kindertageseinrichtung

\_\_\_\_\_  
[Name der Erzieherin/des Erziehers]

meinem / unserem Kind \_\_\_\_\_  
[Name des Kindes ]

das o. g. Medikament / die Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

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

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