

Medikamentenvollmacht

Meinem Kind

.....
ist das Medikament

.....
täglich ()

..... mal täglich

nach() / vor() dem Frühstück () / Mittagessen () Vesper () zu
verabreichen.

Pro Einnahme sind:

..... Tropfen / Tabletten / Teelöffel / Esslöffel
vom Medikament einzunehmen.

Fieberzäpfchen sind ab einer Körpertemperatur von°C
zu verabreichen.

Hiermit gebe ich dem/der Erzieher/in

oder deren Vertretung Frau/Herrn
die Erlaubnis dieses Arzneimittel zu verabreichen.

Diese Vollmacht gilt in der Zeit vom bis

.....
Datum

.....
Unterschrift