

# 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