

Medikamentenverabreichung

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass Herr/Frau
folgende Medikamente in nachfolgend aufgeführter Weise und Dosierung verabreichen darf:

| | |
|--------------------------------|-------|
| Name des Medikaments: | |
| Dosierung: | |
| Dauer der Anwendung: | |
| Lagerung des Medikaments | |

Die Medikamente werden von den Eltern gestellt und die Tagespflegeperson teilt den Eltern mit, wenn diese sich dem Ende neigen.

Wurde beim Kind eine Zecke entdeckt soll die Tagespflegeperson diese zeitnah mittelsentfernen. Die Eltern werden darüber informiert und beobachten die Einstichstelle.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Mutter / des Vaters

.....
Unterschrift der Tagespflegeperson

Bei Beendigung der Behandlung wird diese Anlage vernichtet. Bei einer erneuten Medikamentenverabreichung wird ein neues Formular ausgefüllt.