

Medikamentenverabreichung

(Wird von den Eltern ausgefüllt und unterschrieben mitgebracht)

Name des Kindes:

Krankheit:

Zu verabreichende Medikamente:

Dosierung:

Datum, an dem die Medikamente zu verabreichen sind:

Zeiten, zu denen die Medikamente zu verabreichen sind:

Ich bevollmächtige hiermit die Betreuungspersonen von der Schatzchishta die oben aufgeführten Medikamente

von _____ bis _____ zu verabreichen.

Datum: _____ Unterschrift eines Elternteils:

Dieser Teil wird von den Betreuungspersonen ausgefüllt:

Datum	Verabreichtes Medikament	Dosis	Zeit der Verabreichung	Verabreicht von