

Medikamentenabgabe in der Tagesbetreuung Altstätten – Lüchingen Tabs

Name Kind: _____

Vorname Kind: _____

Folgende Medikamente müssen eingenommen werden:

	<u>Name des Medikamentes</u>	<u>Name des Medikamentes</u>	<u>Name des Medikamentes</u>
Morgens	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Nachmittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Bemerkungen / Dauer der Einnahme			
Bei Notfallmedikamenten, Symptombeschreibung die eine Verabreichung nötig machen:			

Ermächtigung der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/ wir _____
Name Eltern / Sorgeberechtigte

die Tagesbetreuung Altstätten – Lüchingen Tabs unserem Kind das / die angegebenen Medikament/e in der vorgeschriebenen Dosierung zu den angegebenen Zeiten oder bei oben beschriebenen Symptomen für die vorgeschriebene Behandlungsdauer zu verabreichen.

Datum, Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte

Datum, Unterschrift Leitung Tabs