

Medikamenten – Zusatzplan Nachmittagsbetreuung „NaturKinder Hopfengarten“

Angaben zum Kind Name des Kindes: _____
Geburtsdatum: _____

Medikament Name des Medikaments: _____

Darreichungsform: ☐ Saft ☐ Tablette ☐ Tropfen ☐ Spray ☐ Salbe
☐ anderes: _____

Dosierung: Uhrzeit: _____ Dosierung: _____

Anlass der Gabe:

Maximale Tagesdosis:

Grund der Gabe
☐ Regelmedikation
☐ Akutfall (z. B. Fieber, Allergie, Asthma)
☐ Sonstiges: _____

Wichtige Hinweise:
(z.B. Nebenwirkungen, Besonderheiten, was nicht getan werden darf)

- ☐ Medikament im Originalen
- ☐ Mit Name des Kindes beschriftet
- ☐ Haltbarkeitsdatum geprüft

Ich erkläre, dass die oben gemachten Angaben vollständig und korrekt sind. Ich erlaube, dass meinem Kind das oben genannte Medikament ausschließlich gemäß diesen Angaben verabreicht wird.

Mit ist bekannt, dass keine medizinische oder therapeutische Verantwortung übernommen wird. Die Verantwortung für Dosierung, Richtigkeit der Angaben und Eignung des Medikaments liegt bei den Erziehungsberechtigten.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigter

Unterschrift Sorgeberechtigter 2