

Ermächtigung zur Medikamentengabe

Mein / unser Kind (Vorname, Name) _____

(zutreffendes bitte ankreuzen)

muss regelmäßig Medikamente einnehmen
einnehmen.

muss keine Medikamente

Hiermit ermächtige/n ich / wir:

(Name der Eltern / Sorgeberechtigten)

das Bezirksjugendwerk der AWO Hannover e.V.

vertreten durch die TeamerInnen _____

meinem / unserem Kind (Vorname, Name) _____

die übergebenen Medikamente gemäß ärztlicher Verordnung zu verabreichen (bitte Kopie der ärztlichen Verordnung und/oder Kopie des Rezeptes mit Dosierungsanleitung beilegen).

Ort / Datum

Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigten

Medikament(e)	Dosierung	Zeitpunkt (täglich, Tageszeit, vor oder nach den Mahlzeiten)