

## Vollmacht zur Medikamentengabe

(bitte verwenden Sie für jedes betreute Kind eine eigene Vollmacht)

Hiermit bevollmächtige/n ich /wir

Name der / des Sorgeberechtigte/n:		
Straße/Wohnort:		

Als Sorgeberechtigte des Kindes/:

Name des Kindes:	Geburtsdatum:	evtl. Besonderheiten oder Erkrankungen:

die Tagespflegeperson:

Name und Tagespflegestelle:	
-----------------------------	--

meinem/unsere(m) Kind folgende Medikamente bzw. Heilmittel zu verabreichen:

Medikament	Dosierung	Zeitraum

Bemerkungen:

---

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Tagespflegeperson