

Medikamentenverordnung für Minderjährige in Abwesenheit der Erziehungsberechtigten

Vorname _____ Name _____ Geburtstag _____

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1.	2.	3.
	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
abends	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____

Bemerkung / Dauer der Einnahme:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

Ermächtigung der Eltern / des/der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n /wir _____
(Name der Eltern / Sorgeberechtigten)

den/die Leiter/-in _____ der Freizeit _____,
(Name der Leiterin / des Leiters) (Name / Nummer / Datum)

meinem / unserem Kind _____ die o.g. Medikamente zu den
(Name des Kindes)

angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern /eines /einer Sorgeberechtigten