

Anlage zum Einsatz bei: am

Ermächtigung zur Medikamentengabe

Die ehrenamtliche Helferin von ZU HAUSE GESUND WERDEN Frau

wird hiermit durch mich/uns ermächtigt, meinem/ unserem Kind

während der vereinbarten Betreuungszeit folgende/s Medikament/e wie folgt zu verabreichen:

Name des (1.) Medikaments:

Einnahmezeit (Uhrzeit) und Dosierung:

Name des (2.) Medikaments:

Einnahmezeit (Uhrzeit) und Dosierung:

Bei der Verabreichung ist zu beachten:

.....

Bei meinem/ unserem Kind sind folgende Besonderheiten (z.B. Allergien etc.) zu beachten:

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift Mutter/Vater

Bestätigung der Helferin

Die oben beschriebene Medikamentengabe

erfolgte nach Plan

erfolgte nicht nach Plan, weil:

.....

Ein Restbestand des/der Medikaments/e wurden der Mutter/dem Vater zurückgegeben.

Ort, Datum

Unterschrift Helferin