



Betreuung GS- Dühren e.V. - Pestalozzistr.4 - 74889 Sinsheim – Tel. 07261-9437567

Medikamentenverabreichung
Allergien

Name des Kindes:

vorliegende Allergie:

Name des Arztes:

Telefon:

Vertretungsarzt:

Telefon:

Indikation des Arztes:

Darreichungsform und
Name des Medikaments:

Uhrzeit und Dosierung:

Hiermit ermächtigen wir _____ (Name der Eltern) die
Betreuerinnen der Betreuung Grundschule Dühren e.V. unserem
Kind _____ (Name des Kindes) die oben aufgeführten
Medikamente zu den gegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte