

Ermächtigung zur Unterstützung bei der Medikamentenverabreichung dauerhaft oder im Krankheitsfall



Name der Mitgliedsfamilie:

Name des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Ich ersuche die Betreuungsperson, meinem Kind während meiner Abwesenheit die vom Arzt verordneten Medikamente zu verabreichen.

Auflistung der Medikamente:

.....
.....
.....
.....
.....

Dosierung der Medikamente:

.....
.....
.....
.....
.....

Datum:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte/r

Ohne Ermächtigung dürfen Betreuungspersonen des Omadienstes keine
Medikamente (auch Bachblüten, Homöopathie, ...) verabreichen.