

## Medikamentenverabreichungsbestätigung

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Name der  
Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Es wird bestätigt, dass es aus medizinischen Gründen unbedingt erforderlich ist,  
dass das oben angeführte Kind folgendes Medikament regelmäßig einnimmt:

**Medikament:** \_\_\_\_\_

Dauer der Verabreichung: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Bestätigung des Arztes )

Ich erkläre mich als Erziehungsberechtigter damit einverstanden, dass das  
oben angeführte Medikament von der zuständigen Kindergärtnerin  
verabreicht wird.

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift des Erziehungsberechtigten )