



CampusKinder
Medikamentenerklärung

Name des Kindes: _____

Folgende Medikamente müssen im unten angegebenen Zeitraum verabreicht werden.

	1. _____	2. _____	3. _____
	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes	Name des Medikamentes
morgens	Uhrzeit: _____ Dossierung: _____	Uhrzeit: _____ Dossierung: _____	Uhrzeit: _____ Dossierung: _____
mittags	Uhrzeit: _____ Dossierung: _____	Uhrzeit: _____ Dossierung: _____	Uhrzeit: _____ Dossierung: _____
nachmittags	Uhrzeit: _____ Dossierung: _____	Uhrzeit: _____ Dossierung: _____	Uhrzeit: _____ Dossierung: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtigen ich/wir _____

Name der Eltern / Sorgeberechtigten

Die ErzieherIn / den Erzieher _____

Name des Erzieherin / des Erziehers

Meinem / Unserem Kind _____

Name des Kindes

Die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten

Träger der Einrichtung: Förderung der Bildung und Erziehung in der Kindheit e.V.

Alexanderstr. 1
20099 Hamburg
Telefon: 040 28056308
info@campuskinder-hamburg.de
www.campuskinder-hamburg.de

1. Vorsitzender: Friedemann Wahl
Amtsgericht Hamburg Abt. 66
R.Nr. VR 20314
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 251 20 510 Konto Nummer 749 39 00

FBEK Förderung der
Bildung und Erziehung
in der Kindheit e.V.