



Bestätigung zur Abgabe von Medikamenten

Namen und Vornamen der Eltern:.....

Name und Vorname des Kindes:.....

Die Eltern bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass das oben erwähnte Kind, im Zeitraum von.....bis..... folgendes Medikament durch die Betreuerinnen der TAS verabreicht bekommt.

Name Medikament:..... muss kühl gelagert werden Ja Nein

Art der Verabreichung: Morgens.....Menge.....

Mittags.....Menge.....

Nachmittags.....Menge.....

Datum und Unterschrift der Eltern.....