

# Medikamentengabe II

## Ermächtigung

der Eltern oder der/des Personensorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich / wir

---

*Name der Eltern / Personensorgeberechtigten*

die Kindertageseinrichtung

---

*Name der Kindertageseinrichtung*

unserem Kind

---

*Name des Kindes*

die von dem Arzt/der Ärztin im Formular Medikamentengabe I angegebenen  
Medikamente in der vorgeschriebenen Dosierung zu der angegebenen Zeit für  
die vorgeschriebene Behandlungsdauer zu verabreichen.

---

*Ort, Datum*

*Unterschrift der Personensorgeberechtigten*