

Medikamentenabgabe

Kinderbetreuung Bösing

Das Personal der Kibe Bösing verabreicht nur Medikamente, wenn das Blatt ausgefüllt und durch den gesetzlichen Vertreter unterzeichnet wurde.

Vorname, Nachname Kind:

Name Medikament:

Genaue Dosierung:
(Menge und Art der Verabreichung)

**Datum und Dauer der
Verabreichung:**

Bemerkungen:

Datum, Ort:

**Vorname, Nachname gesetzlicher
Vertreter:**

Unterschrift gesetzlicher Vertreter:

**Datum, Uhrzeit und Unterschrift
Betreuungsperson:**
