



Ermächtigung zur Unterstützung bei der Medikamentenverabreichung dauerhaft oder im Krankheitsfall

Name der Mitgliedsfamilie:

Name des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Ich ersuche die Betreuungsperson, meinem Kind während meiner Abwesenheit die vom Arzt verordneten Medikamente zu verabreichen.

Auflistung der Medikamente:

.....
.....
.....
.....
.....

Dosierung der Medikamente:

.....
.....
.....
.....
.....

Datum:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte/r

Ohne Ermächtigung dürfen Betreuungspersonen des OMADIENSTES keine Medikamente (auch Bachblüten, Homöopathie, ...) verabreichen.

Das Formular wurde als unentgeltliche Zusatzleistung den Vertragsparteien zur Verfügung gestellt. Der Kath. Familienverband OÖ übernimmt für dieses Formblatt keinerlei Haftung.