

**Anlage 4: Einverständniserklärung**

**Verabreichung von Medikamenten**

Hiermit beauftrage ich die Mitarbeiter der Vogelnest GmbH, dass mein Kind

Name, Vorname .....

in der Zeit von ..... bis .....

im Vogelnest die folgenden Medikamente verabreicht bekommt:

Medikament 1:Name. ....; ..... – täglich; Dosierung. ....

Medikament 2:Name. ....; ..... – täglich; Dosierung. ....

Medikament 3:Name. ....; ..... – täglich; Dosierung. ....

Medikament 4:Name. ....; ..... – täglich; Dosierung. ....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

.....  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Eingang im Vogelnest:

.....  
eingegangen am

Stempel und Unterschrift Vogelnest