

Anlage zum Einsatz bei: ..... am .....

**Ermächtigung zur Medikamentengabe**

Die Ehrenamtliche von ZU HAUSE GESUND WERDEN, Frau .....  
wird hiermit durch mich/uns ermächtigt, meinem/unserem Kind .....  
während der vereinbarten Betreuungszeit folgende/s Medikament/e wie folgt zu verabreichen:

Name des (1.) Medikaments:  
.....

Einnahmezeit (Uhrzeit) und Dosierung:  
.....

Name des (2.) Medikaments:  
.....

Einnahmezeit (Uhrzeit) und Dosierung:  
.....

Bei der Verabreichung ist zu beachten:  
.....  
.....

Bei meinem/unserem Kind sind folgende Besonderheiten (z.B. Allergien etc.) zu beachten:  
.....  
.....

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift Mutter/Vater**

**Bestätigung der Helferin**

Die oben beschriebene Medikamentengabe

erfolgte nach Plan

erfolgte nicht nach Plan, weil:

.....  
.....

Ein Restbestand des/der Medikaments/e wurden der Mutter/dem Vater zurückgegeben.

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift Ehrenamtliche**