

# Medikamenten - Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich/ erklären wir uns einverstanden, dass unser Sohn/ unsere Tochter

Name des Kindes

bei evtl. auftretenden Notfällen von einem Erzieher mit nachfolgenden Medikamenten bzw. homöopathischen Mitteln versorgt werden darf

Wundheilsalbe

Desinfektion

Apis Globuli (Kügelchen)

Arnica Globuli (Kügelchen)

Insektenstichsalbe

Insektenschutzcreme

Des Weiteren beauftrage ich die Mitarbeiter des Naturkindergartens Tostedt e.V. in Eilfällen eine ärztliche Behandlung des Kindes zu veranlassen, sowie Zecken und Splitter zu entfernen.

Hausarzt des Kindes

Name

Anschrift

Telefon


Tostedt,

(Unterschrift der Mutter)

(Unterschrift des Vaters)