

Ich unterzeichnender, behandelnder Arzt

bescheinige, das folgende Kind untersucht zu haben:

Name

Vorname:

Geburtsdatum:

- Es darf aus Krankheitsgründen nicht in einer Kindergruppe und somit nicht durch das Regionalzentrum für Kleinkindbetreuung (RZKB) betreut werden vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ einschließlich.
- Außer Verschlimmerung der Symptome darf das Kind am \_\_\_\_\_ wieder den Betreuungsstandort des RZKB besuchen, ohne andere Kinder zu gefährden.
- Es darf durch das RZKB gemeinsam mit anderen Kindern betreut werden.

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten und in der genannten Dosierung verabreicht werden:

Medikament	Uhrzeit			Dosierung	Art der Anwendung / Dauer der Einnahme

Hinweise zur Lagerung:

Besondere Hinweise/Bemerkungen:

Anschrift und Rufnummer behandelnder Arzt:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes