

Einverständniserklärung Medikamentenverabreichung

1. Von den Eltern auszufüllen:

Name des Kindes: _____ geboren am: _____

Name der Eltern: _____ Telefon im Notfall: _____

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

| | <u>1. Medikament</u> | <u>2. Medikament</u> | <u>3. Medikament</u> |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Name des Medikament: | | | |
| Darreichungsform: | | | |
| Empfohlene Lagerung: | | | |
| | | | |
| <u>morgens:</u> | <u>Uhrzeit:</u> | <u>Uhrzeit:</u> | <u>Uhrzeit:</u> |
| | <u>Dosierung:</u> | <u>Dosierung:</u> | <u>Dosierung:</u> |
| | | | |
| <u>mittags:</u> | <u>Uhrzeit:</u> | <u>Uhrzeit:</u> | <u>Uhrzeit:</u> |
| | <u>Dosierung:</u> | <u>Dosierung:</u> | <u>Dosierung:</u> |
| | | | |
| <u>nachmittags:</u> | <u>Uhrzeit:</u> | <u>Uhrzeit:</u> | <u>Uhrzeit:</u> |
| | <u>Dosierung:</u> | <u>Dosierung:</u> | <u>Dosierung:</u> |
| | | | |
| <u>abends:</u> | <u>Uhrzeit:</u> | <u>Uhrzeit:</u> | <u>Uhrzeit:</u> |
| | <u>Dosierung:</u> | <u>Dosierung:</u> | <u>Dosierung:</u> |
| | | | |
| <u>nachts:</u> | <u>Uhrzeit:</u> | <u>Uhrzeit:</u> | <u>Uhrzeit:</u> |
| | <u>Dosierung:</u> | <u>Dosierung:</u> | <u>Dosierung:</u> |

Bemerkungen zur Verabreichung/Dauer der Einnahme etc.:

Hiermit ermächtige(n) wir/ich, _____ (Name der Eltern) den Betreuer/innen

_____ (Namen der Betreuer/innen) des Zeltlagers in Ortmarsum

unserem Kind _____ (Name des Kindes) die oben aufgeführten
Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

(Die Betreuer müssen mindestens 18 Jahre alt sein)

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern