

Einverständniserklärung Medikamentenverabreichung

I. Von den Sorgeberechtigten auszufüllen

Name des Kindes: _____ geboren am: _____

Name des Arztes/der Ärztin: _____ Telefon im Notfall: _____

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1.Medikament	2.Medikament	3.Medikament
Name			
Darreichungsform (Tablette/ Spray/...)			
Empfohlene Lagerung			
Morgens:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
Mittags:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
Abends:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
Nachts:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:

Bemerkungen zur Verabreichung/ Dauer der Einnahme etc.:

Bedarfsmedikation:

	1. Medikament	2. Medikament	3. Medikament
Name			
Darreichungsform (Tablette/ Spray...)			
Empfohlene Lagerung			
Bei welchen Beschwerden soll das Medikament verabreicht werden?			
Dosierung/ Anzahl Max. Tagesdosierung			
Was muss besonderes, bei dem Umgang mit dem Medikament beachtet werden?			

Anmerkungen/ Meine Tochter zeigt allergische Reaktionen auf folgende Medikamente:

II. Von den Sorgeberechtigten auszufüllen

Hiermit ermächtige(n) wir/ich, _____ (Name der Sorgeberechtigten) den Leiterinnen des Mädchenlager St. Otgers unserem Kind _____ (Name des Kindes) die oben aufgeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen. Wir verpflichten uns, die richtige Menge des Medikaments mitzugeben und das Verfallsdatum auf die Zeit des Lagers kontrolliert zu haben.

Ort, Datum Unterschrift der Sorgeberechtigten

III. Von den ermächtigten Leiterinnen auszufüllen

Hiermit verpflichten wir, die Leiterinnen des Mädchenlager St. Otgers uns, die oben aufgeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten in der angegebenen Dosierung zu verabreichen und die Medikamente wie empfohlen zu lagern.