

## Einverständniserklärung Medikamentenverabreichung

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

### **a) Regelmäßige Medikamente:**

**Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:**

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

**Bemerkungen zur Verabreichung/ Dauer der Einnahme etc.:**

---

---

---

**b) 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:**

---

---

---

Hiermit ermächtige 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