

Medikamentengabe:

Vor- und Nachname des Kindes

Geburtsdatum

Diese Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden:

Medikament	Name des Medikaments:	Name des Medikaments:
Morgens	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Abends	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Bemerkung/ Dauer der Einnahme		

Folgende(s) Medikament(e) benötigt mein/unser Kind im Bedarfsfall:

Name des Medikaments: _____

Dosierung: _____

In folgendem Fall: _____

Fallen diese Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz (BTM)?

Ja, die Bescheinigung des Arztes liegt vor. Nein

Die Lagerung soll über das Leiterteam erfolgen: Hierbei muss Folgendes beachtet werden (z. B. Kühlung o. ä.): _____

Oder:

Die Medikamente verbleiben beim Kind, welches die sachgemäße Lagerung sicherstellt.

Ich erkläre hiermit, dass mein Kind in der Lage ist, die benötigten Medikamente eigenverantwortlich einzunehmen:

Ja Nein, es bedarf einer Beaufsichtigung. Nein, es bedarf der Verabreichung.

Wichtiger Hinweis: Bitte nehmen Sie bei nicht eigenverantwortlicher Einnahme durch das Kind vor dem Lager nochmal persönlich zu Rebecca Kunz oder Johannes Jensen Kontakt auf, um Einzelheiten zu klären und ggf. Hinweise zur Beaufsichtigung oder Verabreichung zu geben.

Ort/Datum, Unterschrift aller Personensorgeberechtigten

(Bei nur einer Unterschrift versichert die verzeichnende Person, dass sie allein vertretungsberechtigt ist.)