

## Dokumentation Medikamentengabe während einer Freizeit

Vor- und Nachname des\*r Teilnehmers\*in

### Geburtsdatum

### Verantwortliche Betreuungsperson

Bitte in dieser Tabelle jede Medikamentengabe mit Namenszeichen bestätigen und ggf. Besonderheiten vermerken:

Als verantwortliche Betreuungsperson bestätige ich hiermit die ordnungsgemäße Verabreichung der Medikamente entsprechend des Einnahmenplans. Notwendige Abweichungen wurden mit dem\*der Sorgerechtigten/dem\*der Arzt\*Ärztin telefonisch/per E-Mail abgeklärt.

Ort | Datum

Unterschrift der Betreuungsperson