

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:

Datum	Uhrzeit	Medikamentengabe mit Dosierung	Beobachtungen, Reaktionen auf Maßnahmen	Sonstiges	Unterschrift

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

Ort | Datum

Unterschrift der Betreuungsperson