

Einverständniserklärung Medikamentengabe während einer Freizeit

Auszufüllen von dem*der behandelnden Arzt*Ärztin

Vor- und Nachname des*r Teilnehmers*in

Geburtsdatum

Folgende Medikamente müssen zu den angegebenen Zeiten eingenommen werden:

	Name des Medikaments	Art des Medikaments (Tropfen, Spray, Saft etc.)	Dosierungsangabe (Anzahl Tropfen, Anzahl Hübe, ml-Angabe etc.)	Zeitpunkt / Anlass der Medikamentengabe (Uhrzeit, „im Notfall“/ „bei Bedarf“ etc.)*	Bemerkungen zur Dauer der Einnahme / Lagerung der Medikamente
1					
2					
3					

* Bei der Medikamentengabe „im Notfall“/„bei Bedarf“ muss benannt werden, wann der Anlass vorliegt bzw. was die Anzeichen sind (z. B. konkrete Atemnot, Juckreiz, Hautveränderungen, Fieberkrampf, jeweils mit konkreten Anzeichen).

Ort | Datum

Unterschrift & Stempel des*der Arztes*Ärztin

Telefon | Mobil

E-Mail

Hiermit beauftrage ich die Betreuungspersonen des Veranstalters, die ordnungsgemäße Einnahme der Medikamente – wie oben beschrieben – bei meinem Kind sicherzustellen. Ich habe meinem Kind die entsprechenden Medikamente in der **Originalverpackung mit Beipackzettel** in ausreichender Menge mitgegeben. Mein Kind wurde von mir darüber belehrt, dass es die Anweisungen der Betreuungspersonen befolgen muss. Ich bin mir bewusst, dass die Betreuungspersonen hierfür Zugriff auf die vorstehenden Daten erhalten.

Ort | Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Name in Druckbuchstaben

Telefon | Mobil

E-Mail