

# Medikamentengabe während des Zeltlagers

\_\_\_\_\_  
Name der Teilnehmerin / Teilnehmers Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1. _____ Name des Medikamentes	2. _____ Name des Medikamentes	3. _____ Name des Medikamentes
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Abends	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
	<input type="checkbox"/> Medikament gekühlt lagern <input type="checkbox"/> Medikament wird selbstständig eingenommen	<input type="checkbox"/> Medikament gekühlt lagern <input type="checkbox"/> Medikament wird selbstständig eingenommen	<input type="checkbox"/> Medikament gekühlt lagern <input type="checkbox"/> Medikament wird selbstständig eingenommen
Bemerkung/Dauer der Einnahme:			

## Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir \_\_\_\_\_ ,  
Name der Eltern/Sorgeberechtigten

dass \_\_\_\_\_  
Name der ermächtigten Person

meinem/unsere(m) Kind \_\_\_\_\_ , die o.g. Medikamente  
Vorname und Name des Kindes

zu den angegebenen Zeiten, sofern keine Selbsteinnahme erfolgt, zu verabreichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Eltern/Sorgeberechtigten