

MEDIKAMENTENLISTE

Name des Kindes _____ geb. _____ Gewicht _____

Freizeit _____ Datum _____

Name des Medikaments			
Diagnose			
<u>Dosierungsanleitung</u> Bitte genaue Angabe, zu welchem Zeitpunkt das Medikament verabreicht werden muss, ebenso ob vor, zu oder nach den Mahlzeiten. Genaue Angabe über Menge von Tabletten / ml / Sprühstöße / Tropfen etc.	morgens	morgens	morgens
	vormittags	vormittags	vormittags
	mittags	mittags	mittags
	abends	abends	abends
	nachts	nachts	nachts
wenn das Medikament bei Bedarf eingenommen werden muss, z.B. bei Kopfschmerzen	bei Bedarf / Info	bei Bedarf / Info	bei Bedarf / Info

Die o.g. Medikamente gebe ich vor der Abfahrt in der ORIGINALVERPACKUNG mit Beipackzettel direkt an die BetreuerInnen. Für Rückfragen bin ich telefonisch unter folgender Nummer _____ zu erreichen.

Ich bevollmächtige die Betreuer der o.g. Freizeit, meinem Kind die aufgeführten Medikamente zu verabreichen.

Für ärztlich verordnete Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, gebe ich die entsprechende Bescheinigung (amtliches Formblatt) des Arztes mit.

 Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigter