



## Medikamentengabe bei Kindercamps

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden

	1. Medikament	2. Medikament	3. Medikament
<b>Morgens</b>	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung
<b>Mittags</b>	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung
<b>Abends</b>	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung	_____ Uhrzeit  _____ Dosierung
<b>Bemerkung / Dauer der Einnahme</b>			

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

## Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

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

das Betreuungspersonal am Kindercamp,

meinem / unserem Kind, \_\_\_\_\_,  
Vorname und Name des Kindes

die im Wochendispenser vorbereiteten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu geben  
und die Einnahme zu überwachen.

Diese Einwilligung gilt auch für Medikamente, die nicht regelmäßig zu nehmen sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r