**Medikamente**

|  |
| --- |
| Name des Kindes und Telefonnummer der Erziehungsberechtigten |
| Name und Nachname des Kindes  | Telefonnummer Erziehungsberechtigte für evtl. Rückfragen |

|  |
| --- |
| Nimmt Ihr Kind ihre / seine Medikamente selbstständig ein? (bitte ankreuzen) |
|  | **Ja** (bitte besprechen Sie mit Ihrem Kind, dass die Medikamente sicher und für andere Teilnehmende unerreichbar im Koffer Ihres  Kindes verstaut werden und nur kurz für die Einnahme herausgeholt werden.  |
|  | **Nein** (in diesem Fall werden die Medikamente bei Person XY gelagert und Ihrem Kind von dieser verabreicht.  Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie diesem Vorgehen zu.) |

|  |
| --- |
| **Medikamenteneinnahme** |
| **Medikament** | **Form** (Tablette, Tropfen, …) | **Dosierung und Zeitpunkt** der Einnahme(bitte Menge und Uhrzeit eintragen) | Besondere **Lagerung** nötig? |
| morgens | mittags | abends | nachts |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Wichtige Informationen zur Einnahme und Vergabe / weitere Hinweise |
|  |

|  |
| --- |
| Mit dieser Einverständniserklärung bevollmächtigen wir Person XY unserem Kind für die Zeit der Veranstaltung die aufgezählten Medikamente zu verabreichen, sofern es diese nicht selbstständig einnehmen kann. Kann es diese selbst einnehmen, bestätigen wir, dass wir unser Kind auf den sachgemäßen Gebrauch sowie die verantwortungsvolle Lagerung hingewiesen haben. |
| Datum |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Unterschrift beider Erziehungsberechtigten  |