

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG MEDIKAMENTENVERABREICHUNG

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

Geboren am: \_\_\_\_\_

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Telefon im Notfall: \_\_\_\_\_

Folgende Medikamente müssen zu genannten Tageszeiten eingenommen werden:

1. Medikament: \_\_\_\_\_ (Name d. Medikaments)  
Häufigkeit: \_\_\_\_\_ (nach Bedarf? täglich? falls ja wie häufig?)  
Zeitpunkt: \_\_\_\_\_ (bestimmte Uhrzeiten?)  
Dosierung: \_\_\_\_\_ (wieviel mg?)
  
2. Medikament: \_\_\_\_\_ (Name d. Medikaments)  
Häufigkeit: \_\_\_\_\_ (nach Bedarf? täglich? falls ja wie häufig?)  
Zeitpunkt: \_\_\_\_\_ (bestimmte Uhrzeiten?)  
Dosierung: \_\_\_\_\_ (wieviel mg?)
  
3. Medikament: \_\_\_\_\_ (Name d. Medikaments)  
Häufigkeit: \_\_\_\_\_ (nach Bedarf? täglich? falls ja wie häufig?)  
Zeitpunkt: \_\_\_\_\_ (bestimmte Uhrzeiten?)  
Dosierung: \_\_\_\_\_ (wieviel mg?)

### Sonstige Bemerkungen zur Verabreichung / Dauer der Einnahme etc.:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Hiermit ermächtige(n) wir/ich unser Kind \_\_\_\_\_ (Name des Kindes) die oben aufgeführten Medikamente eigenständig und ohne Kontrolle der Teamer einzunehmen.
- Hiermit ermächtige(n) wir/ich die Erzieher/-innen der Jugendfreizeit des UJH Bad Bentheim e.V. unserem Kind \_\_\_\_\_ (Name des Kindes) die oben aufgeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind im Krankheitsfall unverzüglich in ärztliche Behandlung gegeben wird. Für die Dauer der Freizeit lege ich es in das Ermessen des behandelnden Arztes bzw. der Lagerleitung, ob mein Kind bei einem Unfall oder Krankheit geimpft oder operiert wird (nach Möglichkeit wird allerdings zuerst die Rücksprache mit den Eltern gesucht)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten