Medikamentengabe

_____

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

Mein Kind muss die vom Arzt verordneten Medikamente wie folgt einnehmen:

Dauerhaft	Medikament:	Medikament:	Medikament:
Morgens	evtl. Uhrzeit:_____/ Essen: ☐vor ☐mit ☐nach Menge:	evtl. Uhrzeit:_____/ Essen: ☐vor ☐mit ☐nach Menge:	evtl. Uhrzeit:_____/ Essen: ☐vor ☐mit ☐nach Menge:
Mittags	evtl. Uhrzeit:_____/ Essen: ☐vor ☐mit ☐nach Menge:	evtl. Uhrzeit:_____/ Essen: ☐vor ☐mit ☐nach Menge:	evtl. Uhrzeit:_____/ Essen: ☐vor ☐mit ☐nach Menge:
Abends/ Nachts	evtl. Uhrzeit:_____/ Essen: ☐vor ☐mit ☐nach Menge:	evtl. Uhrzeit:_____/ Essen: ☐vor ☐mit ☐nach Menge:	evtl. Uhrzeit:_____/ Essen: ☐vor ☐mit ☐nach Menge:
Bemerkung/ Dauer der Einnahme	☐kühl lagern ☐am Kind	☐kühl lagern ☐am Kind	☐kühl lagern ☐am Kind

Bei Bedarf	Medikament:	Medikament:	Medikament:
In welcher Situation? Menge?	☐kühl lagern ☐am Kind	☐kühl lagern ☐am Kind	☐kühl lagern ☐am Kind

Sonstiges (weiteres auf die Rückseite)	

☐Auf separatem Zettel

Hiermit ermächtige/-n ich / wir _____

Name der Eltern /des /der Sorgeberechtigten

die Betreuer der DEUTSCHE LEBENS-RETTUNGS-GESELLSCHAFT Bezirk Celle e.V. - Jugend meinem Kind auf der Veranstaltung von _____ bis _____ die o.g. Medikamente zu verabreichen.

_____

Ort, Datum Unterschrift der Eltern /des /der Sorgeberechtigten

Nachstehendes wird vom Betreuer und dessen Stellvertreter ausgefüllt:

Tag/Datum	Medi./ Menge	**Morgens** Kürzel	Medi./ Menge	**Mittags** Kürzel	Medi./ Menge	**Abends / Nachts** Kürzel