**Einverständniserklärung Medikamentengabe**

Auszufüllen von der behandelnden Ärztin / vom behandelnden Arzt

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Vorname und Name des Kindes Geburtsdatum

Folgende Medikamente müssen zu den angegebenen Zeiten eingenommen werden:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name des Medikaments | Art des Medikaments (Tropfen, Spray, Saft etc.) | Dosierungsangabe  (Anzahl Tropfen, Anzahl Hübe, ml-Angabe etc.) | Zeitpunkt / Anlass der Medikamentengabe  (Uhrzeit, „im Notfall“/ „bei Bedarf“ etc.)\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* bei Medikamentierung „im Notfall“ / „bei Bedarf“ muss benannt werden, wann der Anlass vorliegt bzw. was die Anzeichen sind (z.B. Atemnot, Juckreiz, Hautveränderungen, Fieberkrampf, jeweils mit konkreten Anzeichen)

Bemerkungen / Dauer der Einnahme / Lagerung der Medikamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift & Stempel des Arztes / der Ärztin

Hiermit ermächtigen wir die LeiterInnen der *Freizeit / Veranstaltung* unserem Kind die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Wir sind uns bewusst, dass die LeiterInnen hierfür Zugriff auf die vorstehenden Daten erhalten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigen