

Einverständniserklärung Kleinstverletzungen

Hiermit bestätige ich _____ , dass mein Kind / meine Kinder

_____ im Falle eines Unwohlseins oder bei

KLEINSTVERLETZUNGEN folgende Medikamente verabreicht werden dürfen:

- Paracetamol (Kopfschmerzen / Fieber / Schmerzen)
- Sinupret o.ä. (Schnupfen)
- Prospan, Mucosolvan (Husten)
- Kohletabletten /Imodium Akut (Durchfall)
- Bepanthen Wund- und Heilsalbe (Schürfwunden)
- Kodan Tinktur forte / Betaisadona Jodsalbe (Wunddesinfektion)
- Autanspray o.ä. (Mücken/Zecken)
- Fenistilgel o.ä. (Insektenstiche)
- Arnica / Voltaren / Mobilat o.ä. (Schmerzgel z.B. bei Prellungen)
- Tabletten oder Kaugummi gegen Reiseübelkeit / bei Schiffsfahrten

Wenn zur Behandlung von Kleinstverletzungen, Erkrankungen oder Schmerzen homöopatische

Arzneimittel (z.B. Arnikakügelchen) erwünscht sind, diese bitte ausreichend mitgeben.

Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigter