

## MEDIKAMENTENLISTE

Name des Kindes \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Freizeit \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Name des Medikaments			
Diagnose			
<u>Dosierungsanleitung</u>  Bitte genaue Angabe, zu welchem Zeitpunkt das Medikament verabreicht werden muss, ebenso ob vor, zu oder nach den Mahlzeiten. Genaue Angabe über Menge von Tabletten / ml / Sprühstöße / Tropfen etc.	morgens	morgens	morgens
	vormittags	vormittags	vormittags
	mittags	mittags	mittags
	abends	abends	abends
	nachts	nachts	nachts
wenn das Medikament bei Bedarf eingenommen werden muss, z.B. bei Kopfschmerzen	bei Bedarf / Info	bei Bedarf / Info	bei Bedarf / Info

Die o.g. Medikamente gebe ich vor der Abfahrt in der ORIGINALVERPACKUNG mit Beipackzettel direkt an die BetreuerInnen. Für Rückfragen bin ich telefonisch unter folgender Nummer \_\_\_\_\_ zu erreichen.

Ich bevollmächtige die Betreuer der o.g. Freizeit, meinem Kind die aufgeführten Medikamente zu verabreichen.

**Für ärztlich verordnete Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, gebe ich die entsprechende Bescheinigung (amtliches Formblatt) des Arztes mit.**

---

Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigte:r