



## Einverständniserklärung zur Medikamentenvergabe

### bei Kleinstverletzungen

Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_ , dass meinem Kind / meinen Kindern  
\_\_\_\_\_ im Falle eines Unwohlseins oder bei

KLEINSTVERLETZUNGEN folgende Medikamente verabreicht werden dürfen:

- z.B. Sinupret o.ä. (Schnupfen)
- z.B. Prospan, Mucosolvan (Husten)
- z.B. Kohletabletten /Imodium Akut (Durchfall)
- z.B. Bepanthen Wund- und Heilsalbe (Schürfwunden)
- z.B. Kodan Tinktur forte / Betaisadona Jodsalbe (Wunddesinfektion)
- z.B. Autanspray o.ä. ( Mücken/Zecken)
- z.B. Fenistilgel o.ä. (Insektenstiche)
- z.B. 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 homöopathische Arzneimittel (z.B. Arnikakügelchen ) erwünscht sind, diese bitte ausreichend mitgeben.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigte:r