



Medikamentengabe für Ferienfreizeiten

Bitte schicken Sie den Fragebogen nach Möglichkeit spätestens zwei Wochen vor Beginn der Veranstaltung an uns zurück.

Name des Kindes:

Name der Veranstaltung:

Medikament:

(Name der Arznei)

Der Name des Kindes ist auf dem Medikament vermerkt!

Verabreichung:

Dosierung:

(Welche Menge pro Einnahme)

Art der Anwendung:

(Auftragen, Schlucken, etc.)

Zeitliche Vorgabe:

(Wann und wie häufig pro Tag?)

Wechselwirkungen:

(Auftragen, Schlucken, etc.)

Wechselwirkungen:

(Auftragen, Schlucken, etc.)

Ärztliche Verordnung liegt vor: Ja [] Nein []

Name des Arztes/ der Ärztin:

Telefonnummer Praxis:

Ort der Lagerung:

(Grundsätzlich nicht über 25°C)

Besondere Hinweise:

Ggf. Bemerkung Arzt/Ärztin:

Zeitraum der Aufgabenübertragung:

(Bei Versäumnis der Medikamentengabe ist die beauftragte Person von der Haftung befreit, Ausnahme Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit)

Name Sorgeberechtigte*r

Unterschrift Sorgeberechtigte*r