

## 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 Erziehungsberechtigten