Medikamentengabe bei Maßnahmen der Evang. Ferienwaldheime  
  
Name des Kindes: Vorname: Geburtstag:   
   
Gruppe: Betreuer\*innen:  
  
**Medikamente und Dosierung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Medikaments** | **Name des Medikaments** |
| **1.** | **2.** |
|  |  |
| **Morgens** Uhrzeit: | **Morgens** Uhrzeit: |
| Dosierung: | Dosierung: |
|  |  |
| **Mittags**  Uhrzeit: | **Mittags**  Uhrzeit: |
| Dosierung: | Dosierung: |
|  |  |
| **Abends**  Uhrzeit: | **Abends**  Uhrzeit: |
| Dosierung | Dosierung |
|  |  |

Ermächtigung zur Medikamentengabe  
  
Hiermit ermächtige/n ich/wir \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Name der Eltern / Sorgeberechtigten  
  
das Evangelische Ferienwaldheim Sillenbuch  
  
und deren Leiter-/Betreuer\*innen  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
1. Person Name, Vorname 2. Person Name, Vorname  
  
meinem/unserm Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
die o. g. Medikamente zu den gegebenen Zeiten zu verabreichen.  
  
Für Rücksprachen/Absprachen bin ich während der Ferienwaldheimzeit wie folgt **mobil erreichbar:**

Ort, Datum Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten: