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: