

Einverständniserklärung zur Medikamentengabe

Angaben zur Person

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Veranstaltung: _____

Zeitraum: _____

Angaben zum Medikament

☐ Regelmedikation

☐ Bedarfsmedikation

Name des Medikaments: _____

Verordnender Arzt / Ärztin: _____

Telefonnummer Arzt/Ärztin: _____

Datum der ärztlichen Verordnung (falls vorhanden): _____

Darreichungsform:

☐ Tablette

☐ Kapsel

☐ Tropfen

☐ Spray

☐ Sonstiges: _____

Dosierung / Menge: _____

Uhrzeit / Einnahmezeitpunkt: _____

Einnahmehinweise (z. B. vor/nach dem Essen, mit Wasser, Lagerung):

Ärztliche Verordnung

☐ Eine ärztliche Verordnung liegt vor (falls erforderlich).

Die Medikamentengabe erfolgt ausschließlich gemäß den Angaben der Sorgeberechtigten bzw. der ärztlichen Verordnung.

Einverständnis der Sorgeberechtigten

Ich/Wir sind darüber informiert, dass die Betreuungspersonen keine medizinische Fachausbildung besitzen und die Medikamentengabe ausschließlich nach meinen/unseren schriftlichen Angaben erfolgt.

Ich/Wir entbinden die Betreuungspersonen im Rahmen der oben genannten Angaben von der Haftung bei ordnungsgemäßer Durchführung.

Änderungen der Medikation teile ich/teilen wir schriftlich mit.

Name Sorgeberechtigte:

Telefonnummer für Rückfragen:

Ort, Datum:

Unterschrift Sorgeberechtigte:

Dokumentation der Medikamentengabe

(wird durch SJP ausgefüllt)

[illegible]