

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR **MEDIKAMENTEN- VERABREICHUNG**



VOM ARZT AUSZUFÜLLEN:

Zu betreuendes Kind

Arzt/Praxisstempel

Vorname
Nachname
Geburtsdatum

--

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden.

	morgens:	mittags	abends:
Medikament:			
Darreichungsform:			
Uhrzeit:			
Dosierung:			
Medikament:			
Darreichungsform:			
Uhrzeit:			
Dosierung:			
Medikament:			
Darreichungsform:			
Uhrzeit:			
Dosierung:			

Bemerkung zur Abreichung oder Dauer der Einnahme, etc.:

Unterschrift des Arztes/der Ärztin:

--

--

VON DEN SORGBERECHTIGTEN AUSZUFÜLLEN:

Name des/der Sorgeberechtigten:

Ich/Wir ermächtige/n die Lagerleitung/die Betreuer der 69. Zeltlagerfreizeit in Untergriesheim 2025 unserem/meinem oben genannten Kind die oben aufgeführten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum und Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter/s:
