

Medikamentenplan

Name des Kindes:

Regelmäßige Medikation:

Medikament:

Morgens: Dosierung:

Mittags: Dosierung:

Abends: Dosierung:

Nachts: Dosierung:

Bemerkung:

Relevante Risiken / Nebenwirkungen:

Name, TelefonNr. und Unterschrift behandelnde*r Arzt*Ärztin:

Hiermit ermächtige ich die Betreuer*innen während des gesamten Lagers die Medikamente in der angegebenen Dosierung bzw. entsprechend der Bemerkungen meinem Kind zu verabreichen.

Ort, Datum:

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r:

Notfallmedikation:

Beschreibung des Notfalls:

Genau Symptome:

Gegenmaßnahmen:

Symptom:

Zeitpunkt: Dosierung:

Medikament/Maßnahme:

Bemerkung:

Name, TelefonNr. und Unterschrift behandelnde*r Arzt*Ärztin:

Hiermit ermächtige ich die Betreuer*innen während des gesamten Lagers die Medikamente in der angegebenen Dosierung bzw. entsprechend der Bemerkungen meinem Kind zu verabreichen.

Ort, Datum:

Unterschrift Erziehungsberechtigte*r:
