

Medikamentengabe bei Maßnahmen der Evang. Ferienwaldheime

Name des Kindes:

Vorname:

Geburtstag:

Gruppe:

Betreuer*innen:

Medikamente und Dosierung

Name des Medikaments	Name des Medikaments	Name des Medikaments
1.	2.	3.
Morgens Uhrzeit:	Morgens Uhrzeit:	Morgens Uhrzeit:
Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Mittags Uhrzeit:	Mittags Uhrzeit:	Mittags Uhrzeit:
Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Abends Uhrzeit:	Abends Uhrzeit:	Abends Uhrzeit:
Dosierung	Dosierung	Dosierung

Ermächtigung zur Medikamentengabe

Hiermit ermächtige/n ich/wir _____
Name der Eltern / Sorgeberechtigten

das Evangelische Ferienwaldheim _____

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: