



Medikamentenabgabe

Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen	Geburtsdatum

Folgendes Medikament muss dem o. g. Kind/Jugendlichen verabreicht werden:

Ärztliche Verordnung:

Medikament:
(Name) _____

Dosierung:
(Welche Menge pro Einnahme) _____

Form der Verabreichung:
(Auftragen, Schlucken etc.) _____

Zeitliche Vorgabe(n):
(Wann und wie häufig pro Tag) _____

Verabreichungszeitraum:
(von.....bis.....) _____

Lagerung des Medikaments:
(Ort, Temperatur etc.) _____

Mögliche Nebenwirkungen:
(Beipackzettel/Was ist zu beachten) _____

Notfallmaßnahmen:
(Telefon-Nr. des Arztes) _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Ermächtigung der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir _____
Name Eltern/Erziehungsberechtigte

die Betreuer des TSV 1894 Bäumenheim e. V., Abteilung,

unserem o. g. Kind/Jugendlichen das vom Arzt angegebene Medikament in der vorgeschriebenen Dosierung zu der angegebenen Zeit für die vorgeschriebene Behandlungsdauer zu verabreichen.

Datum, Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte

Datum, Unterschrift Abteilungsleitung