

Medikamentengabe in der Kinderfeuerwehr

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes

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

Ärztliche Verordnung:

Medikament: _____
(Name der Arznei)

Dosierung: _____
(Welche Menge pro Einnahme)

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

Zeitliche Vorgabe: _____
(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 ich/wir _____
Name Eltern/Erziehungsberechtigte

die Betreuer der Kinderfeuerwehr _____
Name der Kinderfeuerwehr

unserem o.g. Kind 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 Leitung Kinderfeuerwehr