

Medikamentengabe bei Maßnahmen der Jugendorganisationen

Name des Kindes/ Jugendlichen Vorname Geburtstag

Medikament	1. Name des Medikaments	2. Name des Medikaments	3. Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Abends	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Bemerkung/ Dauer der Einnahme			

Ermächtigung der Eltern/ der Sorgeberechtigten

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

die Jugendorganisation _____
Name der Jugendorganisation, Ort

und deren Leiter-/ BetreuerInnen _____
Name, Vorname

meinem/ unserem Kind _____
Name des Kindes/ Jugendlichen

die o.g. Medikamente zu den gegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum _____
Unterschrift der Eltern/ Sorgeberechtigten