Einverständniserklärung zur Medikamentenverabreichung

(BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN)

I. **Nur vom Arzt auszufüllen**

1. Name des/der behandelnden Arztes/Ärztin: .....
   Telefonnr. im Notfall: .....

2. Name des/der Vertretungsarztes/-ärztin:.....
   Telefonnr. im Notfall.....

3. Name des Pantienten: .....
   Geburtsdatum: .....

4. Folgende Medikamente muss der/die Patient/in einnehmen:
   Unbedingt Darreichungsform, Dosierung und empfohlene Lagerung angeben!
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

5. Allergien: .....

6. Sonstige Bemerkungen .....
   .....

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift und (Praxis-)Stempel des/der Arztes/Ärztin

II. **Von den Sorgeberechtigten auszufüllen**

Hiermit ermächtige ich, _____(Vor- und Nachname)
als Erziehungsberechtigter meines Kindes _____(Name des Kindes)
die Gruppenleiter/innen des Zeltlagerteams St. Gallus die in diesem Dokument aufgeführten Medikamente nach den oben genannten Angaben zu verabreichen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des/eines Erziehungsberechtigten