

Vollmacht zur Verabreichung von Medikamenten

Das Kind _____, geboren am _____
(Vor- und Zuname)

muss die nachfolgend aufgeführten Medikamente zu den genannten Tageszeiten einnehmen:

Vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Medikament mit genauer Dosierung Verabreichungsform, Indikationsbeschreibung, etwaige Risiken: (Bei Bedarfsmedikation genaue Beschreibung der Bedarfssituation)

Behandelnder Arzt: _____

Telefonnummer: _____

Ort, Datum und Unterschrift des behandelnden Arztes:

Ermächtigung der Eltern/ des/der Sorgeberechtigten:

Hiermit ermächtige ich die Lagerleitung des Zeltlagers Kohlstatt bzw. den/die Betreuer/in des Zeltlagers Kohlstatt,

meinem Kind _____

die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten auszuhändigen.

Ort, Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten/Sorgeberechtigten:

Die Sorge- bzw. Erziehungsberechtigten stellen die Lagerleitung des Zeltlagers Kohlstatt und dessen Betreuer für den Fall gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder Schädigungen des Kindes im Zusammenhang mit der Verabreichung des Medikaments, der Anwendung von Verordnungen, der Messung von Körperfunktionen oder der Überwachung von Diäten von aller Haftung frei.

