

Anlage B: Formular Ermächtigung zur Medikamentengabe

In Anlehnung an www.ljr bw.de/publikationen/medikamente-bei-massnahmen-der-kinder-und-jugendarbeit

Hiermit ermächtige/n ich/wir: _____
(Name der Eltern/Sorgeberechtigten)

die Jugendorganisation Kreisjugendring Ostalb e.V.; Stuttgarter Str. 41,
73430 Aalen und deren BetreuerInnen

Name, Vorname

Name, Vorname (Ersatz-BetreuerIn)

meinem/ unserem Kind _____
Name des Kindes bzw. der/dem Jugendlichen

die folgenden Medikamente zu den angegebenen Zeitpunkten zu verabreichen:

Medikament			
	_____ Name des Medikament 1	_____ Name des Medikament 2	_____ Name des Medikament 3
Morgens	_____ Uhrzeit/Zeitpunkt	_____ Uhrzeit/Zeitpunkt	_____ Uhrzeit/Zeitpunkt
	_____ Dosierung	_____ Dosierung	_____ Dosierung
Mittags	_____ Uhrzeit/Zeitpunkt	_____ Uhrzeit/Zeitpunkt	_____ Uhrzeit/Zeitpunkt
	_____ Dosierung	_____ Dosierung	_____ Dosierung
Abends	_____ Uhrzeit/Zeitpunkt	_____ Uhrzeit/Zeitpunkt	_____ Uhrzeit/Zeitpunkt
	_____ Dosierung	_____ Dosierung	_____ Dosierung

Sofern es sich um ein Notfallmedikament handelt, habe ich auf der Rückseite vermerkt, wie es heißt, woran die BetreuerInnen erkennen, dass es verabreicht werden muss und auf welche Weise dies geschehen muss.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten