

Einnahmeplan für Medikamente

Veranstaltung	
Teilnehmer/in	

Ich habe meinem Kind die folgenden Medikamente in ausreichender Menge mitgegeben. Diese muss es während der o.g. Veranstaltung wie folgt einnehmen:

Nr.	Name des Medikaments	M Morgens	M Mittags	A Abends	N Nachts
1					
2					
3					
4					
5					

Besondere Bemerkungen (z.B. Art der Lagerung, zu den Mahlzeiten ...):

Hiermit beauftrage ich die Betreuer des Kreisjugendrings, die ordnungsgemäße Einnahme der Medikamente sicherzustellen. Die Betreuer wurden von mir umfassend eingewiesen. Mein Kind wurde von mir darüber belehrt, dass es die Anweisungen der Betreuer befolgen muss.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten
Bei schlecht leserlichen Unterschriften bitte
auch Name in Druckbuchstaben angeben

Einnahmeplan für Medikamente

Teilnehmer/in	
verantwortliche/r Betreuer/in	

Bitte in dieser Tabelle jede Medikamentengabe mit Namenszeichen bestätigen:

Datum	M Morgens	M Mittags	A Abends	N Nachts

Als verantwortliche/r Betreuer/in bestätige ich hiermit die ordnungsgemäße Verabreichung der Medikamente entsprechend des mit dem Erziehungsberechtigten vereinbarten Einnahmeplans (siehe Vorderseite). Notwendige Abweichungen wurden mit dem Erziehungsberechtigten telefonisch abgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Betreuer/in

Alle Einnahmepläne bitte nach der Veranstaltung gesammelt in der KJR-Geschäftsstelle abgeben.