



Medikamenten-Zettel

- Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus.
- Der Bogen ist bei Abfahrt zum Diözesansommerlager 2023 an die Gruppenleitenden abzugeben – die diesen dann den Sanitäter:innen vor Ort zur Verfügung stellen.
- Eine Kopie des **Impfausweises** und die **Krankenkassenkarte** gehen bitte an die zuständigen Gruppenleitenden des Stammes.
- Die Informationen dieses Bogens werden vertraulich behandelt.
- Alle Medikamente sind bei den Gruppenleitenden abzugeben. Ihr Kind darf grundsätzlich **keine** Medikamente selber bei sich haben.
- Sollten Sie (Notfallkontakt) im Falle eines Unfalls oder einer Erkrankung, welche sofortige ärztliche Maßnahmen erfordern, nicht erreichbar sein, übertragen Sie den Gruppenleitenden das Recht, über eine Behandlung zu entscheiden.
- **Bitte füllen Sie pro Kind einen Medikamentenzettel aus.**

Name	
Stamm	

Krankenkasse	
Name der/des Versicherten*	
Geb. Datum der/des Versicherten*	

*Bei Familienversicherungen ist in der Regel Vater oder Mutter als Hauptversicherungsnehmer:in eingetragen!



Medikamente

Mein Kind muss regelmäßig folgende/s Medikament/e nehmen:

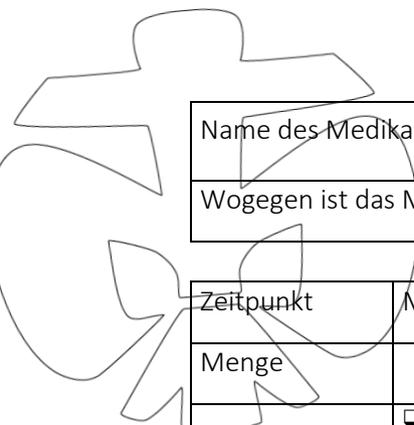
Name des Medikamentes:	
Wogegen ist das Medikament?	<input type="checkbox"/> Kühlgut

Zeitpunkt	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht	bei Bedarf
Menge					
Einheit	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Die Sanitäter:innen sollen darauf achten, dass das Medikament genommen wurde und kontaktieren ggfls die zuständige Leitungsperson, falls die Einnahme nicht erfolgt ist					

Name des Medikamentes:	
Wogegen ist das Medikament?	<input type="checkbox"/> Kühlgut

Zeitpunkt	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht	bei Bedarf
Menge					
Einheit	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Die Sanitäter:innen sollen darauf achten, dass das Medikament genommen wurde und kontaktieren ggfls die zuständige Leitungsperson, falls die Einnahme nicht erfolgt ist					





Name des Medikamentes:	
Wogegen ist das Medikament?	<input type="checkbox"/> Kühlgut

Zeitpunkt	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht	bei Bedarf
Menge					
Einheit	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Die Sanitäter:innen sollen darauf achten, dass das Medikament genommen wurde und kontaktieren ggfls die zuständige Leitungsperson, falls die Einnahme nicht erfolgt ist					

Name des Medikamentes:	
Wogegen ist das Medikament?	<input type="checkbox"/> Kühlgut

Zeitpunkt	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht	bei Bedarf
Menge					
Einheit	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tropfen <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> mg. <input type="checkbox"/> ml. <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Die Sanitäter:innen sollen darauf achten, dass das Medikament genommen wurde und kontaktieren ggfls die zuständige Leitungsperson, falls die Einnahme nicht erfolgt ist					

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte

