

Medikamentengabe bei der Kinder-/ Jugendfeuerwehr

Name des KF-/JF-Angehörigen

Vorname

Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Abends	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Nachts	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Bemerkungen / Dauer der Einnahme:			

Folgende Medikamente müssen bei Bedarf eingenommen werden:

	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes
Wann?			
Wie viel (Dosierung)?			
Bemerkungen:			

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/wir _____,
Name der Eltern/Sorgeberechtigten

dass _____
Name der ermächtigten Person(en)

Meinem/unserem Kind _____,
Vorname und Name des KF-/ JF-Angehörigen

Zu den angegebenen Zeiten bzw. Anlässen zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten