



Medikamentenübersicht für den Zeitraum des Zeltlagers 2024

In unserem Lager wird es eine kleine „Bedarfsapotheke“ geben.

Ohne Einwilligung der Erziehungsberechtigten dürfen wir Ihrem Kind im Zeltlager grundsätzlich keine Medikamente verabreichen.

Bitte füllen Sie **in jedem Fall** die folgende Übersicht **vollständig** und **gewissenhaft** aus und geben Sie sie Ihrem Kind zusammen mit der **Versichertenkarte** und der **Kopie des Impfausweises** in einem Umschlag mit ins Zeltlager (**Wichtig!!**).

Die Informationen werden vertraulich behandelt! (siehe Datenschutzerklärung)

Name des Kindes: _____

Adresse: _____

Telefonnummer der Erziehungsberechtigten: _____

Krankenversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Regelmäßig einzunehmende Medikamente (z.B. Antibiotika, Anti-Allergika...):

Name des Medikaments	Erkrankung/ Beschwerden	Dosis

Bei Bedarf einzunehmende Medikamente, die sich im Gepäck des Kindes befinden:

Name des Medikaments	Erkrankung/ Beschwerden	Dosis

Ich bin damit einverstanden, dass meinem Kind bei auftretenden Beschwerden folgende Medikamente gegeben werden:

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)

Name des Medikaments	Erkrankung/ Beschwerden	Dosis
<input type="checkbox"/> Pflaster	Kleinere Schnitt-, Schürfwunden	
<input type="checkbox"/> Fenistil	Insektenstiche	
<input type="checkbox"/> Paracetamol	Kopfschmerzen, _____	
<input type="checkbox"/> Vomex	Übelkeit	
<input type="checkbox"/> Sportsalbe	kleinere Verletzungen, Stöße	
<input type="checkbox"/> _____	_____	
<input type="checkbox"/> _____	_____	

Die o.g. Medikamente werden wir in gebotenen Umfang verabreichen und nur dann, wenn andere Möglichkeiten, z.B. eine Wärmflasche bei Bauchschmerzen, Schlaf/ausreichend Flüssigkeit bei Kopfschmerzen, nicht helfen.

- Ich bin damit einverstanden, dass meinem Kind bei Bedarf **homöopathische Arzneimittel** (Globulis) gegeben werden (z.B. bei kleineren Verletzungen und Erkrankungen).
- Ich bin damit einverstanden, dass die Lagerleitung im Falle der Notwendigkeit die Zustimmung zum Röntgen meines Kindes geben darf.

Sonstiges:

(WICHTIG! z.B. Allergien gegen Wirkstoffe, chronische Vorerkrankungen, etc.)

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten