

# 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 \_\_\_\_\_, die o. g. Medikamente  
Vorname und Name des KF-/ JF-Angehörigen

Zu den angegebenen Zeiten bzw. Anlässen zu verabreichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten