

Amelandlager Sevelen

Formblatt für die Mitgabe von Medikamenten

Name des Kindes: _____

Falls mehr Medikamente eingenommen werden müssen, bitten wir die Daten in gleicher Weise auf der Rückseite anzugeben.

Name des ersten Medikaments: _____

Zeitpunkt der Verabreichung: (z. B. morgens) _____

vor dem Essen nach dem Essen

Menge der Verabreichung: _____

Verwendungszweck: _____

Name des zweiten Medikaments: _____

Zeitpunkt der Verabreichung: (z. B. morgens) _____

vor dem Essen nach dem Essen

Menge der Verabreichung: _____

Verwendungszweck: _____

Weitere Medikamente werden grundsätzlich nur nach Rücksprache mit dem Arzt auf Ameland verabreicht.

In Ausnahmefällen bin ich damit einverstanden, dass z. B. bei Durchfall, Kopfschmerzen, etc. Medikamente aus der Lagerapotheke verabreicht werden können. ja nein

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Amelandlager Sevelen

Kontaktadresse

Für die Zeit des Ferienaufenthalts kann unter der nachfolgenden Adresse/Telefonnummer jemand erreicht werden:

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon (privat): _____

Telefon (dienstlich): _____

Handy: _____

Wichtige Hinweise für die Betreuer/Lagerleitung

Badeerlaubnis: ja nein

(Falls Platz nicht ausreicht, bitte Rückseite verwenden)