

**NotfallMedikamentengabe**

**Notfall- Medikamentengabe**

**bei der Ameland Kinder- und Jugend Herbstfreizeit vom 30.09. – 07.10.2023**

Sollten ~~ihr Kind an Diensten, Gruppenstunden, Begleitungen oder Veranstaltungen Kinder und Jugendliche teilnehmen, die~~ für eine konkrete Notfallsituation ein bestimmtes Medikament oder Behandlung benötigen, muss dies im Vorfeld ~~der Veranstaltung/ des Dienstes oder der Gruppenstunde~~ mit den Eltern/ Sorgeberechtigten ~~und der verantwortlichen Gruppenleitung, der Leitung des Dienstes/ Veranstaltung sowie der Aufsichtsführenden Person~~ besprochen und mit diesem Bogen schriftlich festgehalten werden.

Die verantwortliche Gruppenleitung informiert zudem auf dem Platz das Team der Arztpraxis/Saniteam.

<b>Name, Adresse des Dienstes/der Einrichtung:</b>
<b>Teilnahme über die Gruppe:</b> _____
<b>Adresse der Gliederung/ Diözese:</b> _____
_____

<b>Name des Kindes:</b>	<b>Geburtsdatum des Kindes:</b>
Namen und Kontaktdaten der Sorgeberechtigten	

<b>Ärztliche Verordnung: Folgendes (Notfall-) Medikament muss dem o.g. Kind in der beschriebenen Notfallsituation verabreicht werden:</b>
<b>Notfall-Medikament:</b> (Name des Medikaments)
<b>Notfallsituation:</b> (Beschreibung evtl. Notfallsituation)
<b>Notfallmaßnahmen:</b>

## NotfallMedikamentengabe

(Beschreibung der Handlungsmaßnahme)

### **Dosierung des Notfall-Medikaments:**

(Welche Menge pro Einnahme?)

### **Form der Verabreichung:**

(Auftragen, Schlucken, etc.)

### **Lagerung des Medikamentes:**

(Aufbewahrungsort, Ort, Temperatur, etc.)

### **Mögliche Nebenwirkungen:**

(Beipackzettel / Was ist zu beachten?)

### **Notfallkontakt:**

(Name, Telefon-Nr. der Ärztin / des Arztes)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

**Schweigepflichtentbindung der / des Sorgeberechtigten und des jugendlichen Kindes ab 14 Jahren:**

## NotfallMedikamentengabe

Die /den behandelnden Arzt / Ärztin entbinde ich / wir der verantwortlichen Gruppenleitung gegenüber ehrenamtlich Mitarbeitende/-n

Name der **verantwortlichen Gruppenleitung**  
des Malteser Hilfsdienst e.V. insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 BGB, als es für einen Notfall zur Medikamentengabe bzw. sonstigen Notfallmaßnahme erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte \*      Datum, Unterschrift des Jugendlichen  
ab 14 Jahren

(\* Elterliche Einwilligung muss von beiden Sorgeberechtigten erteilt werden (vgl. 1626, 1629 BGB))

### Ermächtigung des / der Sorgeberechtigten:

Hiermit ermächtige/n ich / wir \_\_\_\_\_  
Name Eltern / Sorgeberechtigte \*

die/den ehrenamtlich Mitarbeitende/-n Gruppenleiter/in

\_\_\_\_\_  
Name ehrenamtlich Mitarbeitende/-n Gruppenleitung

des Malteser Hilfsdienst unserem o.g. Kind im beschriebenen Notfall das von der Ärztin / dem Arzt angegebene Medikament in der angegebenen Dosierung zu verabreichen.

Wir versichern, dass es zur Medikamentengabe keiner besonderen medizinischen Sachkunde oder medizinischer Fertigkeiten bedarf und diese von jedem Erwachsenen ohne Weiteres ausgeführt werden kann. Uns ist bekannt, dass die / der ehrenamtlich Mitarbeitende Gruppenleiter/in i.d.R. im Umgang mit Notfallsituationen, mittels einer Ersthilfe Fortbildung geschult ist, jedoch über keine medizinische, pflegerische oder sonst vergleichbare Grundausbildung verfügt/-en.

Ich/wir haben die / den Gruppenleiter/in ehrenamtlich Mitarbeitenden im Umgang mit einer eventuell eintretenden Notfallsituation und dem dazu zu verabreichendem Medikament eingewiesen und mich/uns vergewissert, dass diese/r im Umgang und Übernahme der o.g. Medikamentengabe in Notfallsituationen informiert ist/sind.

## NotfallMedikamentengabe

Die Vorlage einer ausreichenden und aktuellen ärztlichen Handlungsanweisung ist Bedingung dafür, dass die / der Gruppenleiter/in ehrenamtlich Mitarbeitende der Notwendigkeit einer (Notfall-) Medikamentengabe nachkommen können. Uns obliegt die Pflicht, Änderungen möglicher Notfallsituationen und/oder -medikationen dem Malteser Hilfsdienst e.V. und der ~~/dem / den Gruppenleitung ehrenamtlich Mitarbeitenden~~ unverzüglich mitzuteilen. Wir wissen, dass dieses Dokument im Fall einer Änderung zunächst erneuert und die Gruppenleitung ehrenamtlich Mitarbeitende/ n von uns neu eingewiesen werden muss/müssen.

Außerdem gewährleiste/-n ich/wir, jederzeit unter folgender Telefonnummer

\_\_\_\_\_ für die / den Gruppenleitung ehrenamtlich Mitarbeitende/ n erreichbar zu sein.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte \*

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Gruppenleitung

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Jugendlichen ab 14 Jahren

(\* Elterliche Einwilligung muss von beiden Sorgeberechtigten erteilt werden (vgl. 1626, 1629 BGB))

### Einverständnis der ehrenamtlich Mitarbeitende/ n Gruppenleitung:

Hiermit bestätige/-n ich/wir \_\_\_\_\_  
Name Gruppenleiter/in ehrenamtlich Mitarbeitende/ n

als für den Malteser Hilfsdienst ehrenamtlich tätig, dem o.g. Kind das von der Ärztin / dem Arzt angegebene Medikament im beschriebenen Notfall in der angegebenen Dosierung zu verabreichen.

Ebenfalls bestätige ich/wir, im Umgang mit dem zu verabreichenden Medikament und entsprechender Indikation zur Gabe in einer Notfallsituation eingewiesen worden zu sein. ~~Ich/wir fühle/ n mich/uns im Umgang mit einer eventuell eintreffenden Notfallsituation, sowie der Gabe des o.g. Medikaments sicher.~~ Über besondere Vorfälle oder Auffälligkeiten - besonders im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand (und einer eventuell notwendigen Medikamentengabe) - informiere ich die Sorgeberechtigten und das Team der Arztpraxis/ Saniteam umgehend.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift ehrenamtlich Mitarbeitende/-n

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Leitung