

Medikamentenbogen

Medikamentenbogen

Der Medikamentenbogen gilt nur in Zusammenhang mit der schriftlichen Anmeldung zu einer Veranstaltung.

Medikamentenbogen zur Veranstaltung Kinder- und Jugendferienfreizeit Ameland 2025

Bestätigung der Eltern / Personensorgeberechtigten

Unser Kind _____ (Vor- und Nachname) muss nach ärztlicher Bescheinigung regelmäßig bzw. bei Bedarf Medikamente einnehmen. Wir ermächtigen die Betreuenden der oben genannten Veranstaltung, die ärztliche Therapie zu unterstützen und unserem Kind das Medikament nach unten genannter ärztlicher Vorschrift zu geben.

Wir verpflichten uns, die zuständige Leitung der Veranstaltung sofort zu unterrichten, wenn das Medikament vom Arzt abgesetzt oder die Dosierung verändert wird.

Ort, Datum, Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Bescheinigung des Arztes

Das Kind _____ geb. am _____ muss regelmäßig bzw. bei einem festgestellten Bedarf* das nachstehend aufgeführte Medikament bzw. Medikamente einnehmen.

Die Einnahme dieses Medikamentes ist dringend erforderlich.

Bezeichnung des Medikaments	Name _____ _____	Name _____ _____	Name _____ _____
Morgens	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
	Dosierung	Dosierung	Dosierung
Mittags	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
	Dosierung	Dosierung	Dosierung
Abends	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
	Dosierung	Dosierung	Dosierung
Gebrauchshinweise / Anwendungsart			

Medikamentenbogen

Nebenwirkungen			
----------------	--	--	--

*Bitte hier Angaben dazu machen, wann ein „Bedarf“ im medizinischen Sinn vorliegt:

Dieser soll durch telefonische Rücksprache mit einem Arzt oder den Eltern bestätigt werden

Weitere Gebrauchshinweise, Nebenwirkungen, Verfahrensweisen im Notfall können auch auf der Rückseite vermerkt oder als zusätzliches Dokument angehängt werden.

Name, Anschrift und Telefon des Arztes:

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Mitgeltende Unterlagen

→

NotfallMedikamentengabe

**Notfall- Medikamentengabe
bei Diensten und Veranstaltungen der Malteser**

Sollten 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, der Leitung des Dienstes/ Veranstaltung sowie der Aufsichtsführenden Person besprochen und mit diesem Bogen schriftlich festgehalten werden.

Name, Adresse des Dienstes/der Einrichtung:

Name des Kindes:	Geburtsdatum des Kindes:
Namen und Kontaktdaten der Sorgeberechtigten	

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

NotfallMedikamentengabe

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:

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

Name ehrenamtliche Mitarbeitende/-n

NotfallMedikamentengabe

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 *
Jugendlichen ab 14 Jahren

Datum, Unterschrift des

(* 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 _____
Name ehrenamtlich Mitarbeitende/-n

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 im Umgang mit Notfallsituationen, mittels einer Erste-Hilfe Fortbildung geschult ist, jedoch über keine medizinische, pflegerische oder sonst vergleichbare Grundausbildung verfügt/-en.

Ich/wir haben die / den 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.

Die Vorlage einer ausreichenden und aktuellen ärztlichen Handlungsanweisung ist Bedingung dafür, dass die / der 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 ehrenamtlich Mitarbeitenden unverzüglich mitzuteilen. Wir wissen, dass dieses Dokument im Fall einer Änderung zunächst erneuert und die ehrenamtlich Mitarbeitende/-n von uns neu eingewiesen werden muss/müssen.

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

NotfallMedikamentengabe

_____ für die / den ehrenamtlich Mitarbeitende/-n erreichbar zu sein.

Datum, Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte *

Datum, Unterschrift Leitung

Datum, Unterschrift des Jugendlichen ab 14 Jahren

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

Einverständnis der ehrenamtlich Mitarbeitende/-n:

Hiermit bestätige/-n ich/wir _____
Name 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 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 umgehend.

Datum, Unterschrift ehrenamtlich Mitarbeitende/-n

Datum, Unterschrift Leitung

Mitgeltende Unterlagen

→