

# Medikamentenplan

für das Pfingstzeltlager 2018 der Malteser Jugend in der Erzdiözese Köln

Mein Kind \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_ leidet an folgenden relevanten (Vor-)Erkrankungen/Allergien etc.  
 (Vorname, Name des Kindes) (Geburtsdatum)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

und muss deshalb die folgenden Medikamente einnehmen:

Medikament	Wirkstoff	Dosierung	Darreichungsform	Morgens 8:00	Mittags 12:00	Abends 18:00	Nachts 22:00	Anwendung	Sonstiges
<i>(Beispiel)</i> Nurofen Junior	<i>Ibuprofen</i>	<i>20 mg/ml</i>	<i>Saft</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>Bei Fieber über 38,3°C</i>	
<i>(Beispiel)</i> Ceterizin ratiopharm	<i>Ceterizin</i>	<i>10 mg</i>	<i>Tabletten</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>Dauerhaft täglich</i>	

Die Einnahme der Medikamente muss überwacht werden  ja  nein

Die Medikamente müssen gekühlt gelagert werden  ja  nein

Hiermit erkläre ich, alle bekannten (Vor-)Erkrankungen/Allergien meines Kindes, die während der Dauer der Veranstaltung von Relevanz sein könnten, gewissenhaft angegeben zu haben

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

\_\_\_\_\_  
 x Unterschriften der Erziehungsberechtigten