

Medikamentenplan

für das Pfingstzeltlager 2019 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	Ibuprofen	20 mg/ml	Saft	1	1	1	1	Bei Fieber über 38,3°C	
<i>(Beispiel)</i> Ceterizin ratiopharm	Ceterizin	10 mg	Tabletten	2	0	0	1	Dauerhaft täglich	

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

