



Freie Turnerschaft ADLER Kiel von 1893 e.V.

Petersweg 1, 24116 Kiel, Tel. 0431/55 34 00, Fax. 0431/55 78 78 0
Zeltlager „Adlerhorst“,
Adlerhorst 1, 24306 Plön-Stadtheide, Tel. 04523/25 34



Medikamentengabe

--	--	--

Name des Kindes

Vorname

Geburtstag

	Name des Medikaments:	Name des Medikaments:	Name des Medikaments:
Morgens	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Mittags	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Abends	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:	Uhrzeit: Dosierung:
Bemerkung/ Dauer der Einnahme:			

--	--

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/ wir _____ die/ dem Betreuer/-in
Name der Eltern/ Sorgeberechtigten

Der Minigruppe I/II des Zeltlager Adlerhorst mein/ unser Kind

_____ die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten
Name des Kindes

zu verabreichen.

--	--

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten