



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 Reisegruppe Ananas des Zeltlager Adlerhorst mein/unser Kind _____
Name des Kindes

die o.g. Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

| | |
|------------|---|
| Ort, Datum | Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten |
|------------|---|