

Elterliche Erlaubnis

Ich unterzeichnete(r)
Mutter / Vater / Vormund/ andere (Unzutreffendes streichen):
erlaube dem Animationsteam, die unten aufgeführten Arzneimittel (Name + Vorname des Teilnehmers):
..... während des / der
LAGERS / SPIELANIMATION (Unzutreffendes streichen) verabreichen zu dürfen, der durch den Dienst Ocarina
der Christlichen Krankenkasse, organisiert wird :
vom/...../20..... bis zum/...../20..... in..... (Ort + Land).

- Name des Medikamentes :

Wirkstoff :
Verabreichung :
Dosierung :
Häufigkeit :
Dauer der Behandlung:

- Name des Medikamentes :

Wirkstoff :
Verabreichung :
Dosierung :
Häufigkeit :
Dauer der Behandlung:

- Name des Medikamentes :

Wirkstoff :
Verabreichung :
Dosierung :
Häufigkeit :
Dauer der Behandlung:

Angaben des behandelnden Arztes :

Name, Vorname (des Teilnehmers) ist in der Lage / nicht in
der Lage, allein die oben erwähnten Medikamente einzunehmen. Wenn der Teilnehmer die Arzneimittel
selbstständig einnehmen kann, wird dies in seine eigene Verantwortung fallen. Wenn nicht, wird das
Animationsteam die oben beschriebene Behandlung verabreichen und verfolgen. Unter keinen
Umständen dürfen Medikamente an andere Teilnehmer vergeben werden.

Es liegt in Ihrer Verantwortung, dafür zu sorgen, dass das Animationsteam die Anleitung versteht. Der
Verantwortliche hat die Möglichkeit, die Teilnahme an der Aktivität einem Teilnehmer zu verweigern,
wenn er sich nicht in der Lage sieht, die Behandlung mit Sorgfalt durchführen zu können.

Ausgestellt zu, den/...../20.....
Unterschrift