

# Medikamentengabe während der Rüstzeit

Ev.-Luth. Jugendpfarramt Zwickau

Tonstraße 2 · 08056 Zwickau

Tel 0375 27754-0 Mail mail@jupfa-zwickau.de

Name der Rüstzeit

\_\_\_\_\_  
 Name der Schülerin / des Schülers      Vorname      Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

		2.	3.
		Name des Medikaments	Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Mittags	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 \_\_\_\_\_,  
Name der Eltern / der Sorgeberechtigten

dass \_\_\_\_\_  
Name der ermächtigten Person

meinem / unserem Kind \_\_\_\_\_, die oben genannten Medikamente  
Vorname und Name des Kindes  
 zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Eltern / der Sorgeberechtigten