

MEDIKAMENTENGABE BEI 1. HILFE

.....
Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Um Ihre Kinder in Notfallsituationen optimal versorgen zu können, möchten wir Sie bitten, uns Ihr Einverständnis zu geben, folgende Medikamente zu verabreichen bzw. anzuwenden:

Panthenol Wund- und Heilsalbe (z.B. Bepanthen)

Lemocin Halstabletten

Soventol Gel gegen Insektenstiche (oder auch Fenestil-Gel)

Paracetamol Tabletten gegen Schmerzen und Fieber

Heparin Gel bei Verstauchungen / stumpfen Verletzungen

Hansamed Spray zur Wunddesinfektion

Tyrosur Gel bei infektionsgefährdeten/infizierten Wunden

Vomex A Dragees gegen Übelkeit und Erbrechen

Tannacomp Tabletten gegen Durchfall

Sollten Sie sich bei einigen Medikamenten nicht sicher sein, fragen Sie bitte Ihren Hausarzt, ob er eine Anwendung befürworten kann.

Zecken dürfen durch eingewiesene Mitarbeiter entfernt werden.

Ich bin mit der Verabreichung/Anwendung der obengenannten Medikamente ausschließlich in Notfällen einverstanden.

.....
Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Nichtzutreffendes bitte streichen.!