

# Medikamentenbogen

-Stand 2023-

TV Borghorst 1884 e.V.  
-Pfingstzeltlager-  
Winkelstraße 22  
48565 Steinfurt

**Dieser Medikamentenbogen ist auf jeden Fall auszufüllen. Bitte beantworten Sie alle Fragen und beachten die gegebenen Hinweise, damit eine eventuelle medikamentöse Versorgung ihres Kindes gewährleistet werden kann. Bei eventuell auftretenden Fragen wenden Sie sich bitte im Vorfeld an die Organisatoren des Zeltlagers, um Fehler und Missverständnisse zu vermeiden. Die nachfolgenden Felder bitte korrekt und in Druckbuchstaben ausfüllen, da dieses Dokument im Falle eines Arztbesuches diesem vorgelegt wird.**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Bitte führen Sie in der folgenden Tabelle alle **ärztlich verordneten Arzneimittel**, die ihr Kind verschrieben bekommen hat auf.

Arzneimittel	morgens		mittags		abends		nachts		Einnahme bis
Beispiel: Amoxicillin (Antibiotika)	1	V	-	-	1	V	-	-	24.07.2023

V = vor dem Essen, N = nach dem Essen

Selbständige Einnahme möglich:  Ja  Nein

**Wichtig, für jedes verordnete Medikament muss eine Einnahmeverordnung des Arztes vorliegen, andernfalls dürfen wir keine verschreibungspflichtigen Medikamente ausgeben! Jede Vergabe wird von uns dokumentiert und kann bei Bedarf nach Beendigung des Zeltlagers eingesehen werden.**

**Besonderheiten bei der Vergabe/Lagerung der Medikamente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie, dass wir nur original verpackte Medikamente mit Beipackzettel vergeben können. Unbeblisterte oder abgefüllte Medikamente, werden nicht vergeben.**

Mein Kind bekommt keine ärztlich verordneten Medikamente.

**Sämtliche Arzneimittel (Ausnahme: Präparate zur Empfängnisverhütung, diese müssen dennoch dokumentiert werden) müssen in einem separaten Umschlag, zusammen mit dem ausgefüllten Medikamentenbogen, bei Fahrtbeginn den Betreuern übergeben werden! Nicht aufgeführte Präparate werden nicht ohne Absprache herausgegeben. Sämtliche im Nachgang bei den Teilnehmern gefundenen Medikamente, werden vorübergehend eingezogen um einem eventuellen Missbrauch vorzubeugen.**



\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift\*

-Seite 1 von 2-

\*Mit meiner Unterschrift, bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und bevollmächtige die Betreuer, des Pfingstzeltlagers des TV Borghorst 1884 e.V., die aufgeführten Medikamente zu verabreichen / meinem Kind auszuhändigen. Ich versichere zugleich, dass mein Kind keine weiteren Medikamente mit sich führt.

Mein Kind bekommt folgende Notfallmedikation:

Arzneimittel: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Wird in folgenden Fällen gegeben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besonderheiten bei der Vergabe/Lagerung der Medikamente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wichtig, für jedes verordnete Notfallmedikament muss eine Einnahmeverordnung des Arztes vorliegen! Jede Vergabe wird von uns dokumentiert und kann bei Bedarf nach Beendigung des Zeltlagers eingesehen werden.**

Mein Kind bekommt keine Notfallmedikation.

Mein Kind hat folgende nicht verschreibungspflichtige Bedarfsmedikamente:

Arzneimittel: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_ Höchstmenge pro Tag: \_\_\_\_\_

Kann in folgenden Fällen gegeben werden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besonderheiten bei der Vergabe/Lagerung der Medikamente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_


**Jede Vergabe wird von uns dokumentiert und kann bei Bedarf eingesehen werden.**

Selbständige Einnahme möglich:  Ja  Nein

Mein Kind bekommt keine Bedarfsmedikation.

-Weitere Angaben, bitte auf einem gesonderten Beiblatt an diesen Medikamentenbogen anheften.-

**Sämtliche Arzneimittel (Ausnahme: Präparate zur Empfängnisverhütung, diese müssen dennoch dokumentiert werden) müssen in einem separaten Umschlag, zusammen mit dem ausgefüllten Medikamentenbogen, bei Fahrtbeginn den Betreuern übergeben werden! Nicht aufgeführte Präparate werden nicht ohne Absprache herausgegeben. Sämtliche im Nachgang bei den Teilnehmern gefundenen Medikamente, werden vorübergehend eingezogen um einem eventuellen Missbrauch vorzubeugen.**

 \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift

-Seite 2 von 2-

\*Mit meiner Unterschrift, bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und bevollmächtige die Betreuer, des Pfingstzeltlagers des TV Borghorst 1884 e.V., die aufgeführten Medikamente zu verabreichen / meinem Kind auszuhändigen. Ich versichere zugleich, dass mein Kind keine weiteren Medikamente mit sich führt.