

# Medikament-Informationen für Aktionen der Kolpingjugend Christ-König Gütersloh

Name des Kindes/ Jugendlichen:

Geburtstag:

---

---

Aktion & Jahr:

---

**Medikament 1:**

---

Einnahmezeiten und jeweilige Dosierung:

---

Bemerkungen (Einnahme auf nüchternen Magen, nur bei Symptomen, zu kühlendes Medikament etc.):

---

**Medikament 2:**

---

Einnahmezeiten und jeweilige Dosierung:

---

Bemerkungen (Einnahme auf nüchternen Magen, nur bei Symptomen, zu kühlendes Medikament etc.):

---

*Weitere Medikamente bitte nach gleichem System auf der Rückseite beschreiben.*

Mein/ unser Kind übernimmt selbständig die Lagerung und Einnahme der Medikamente und wird nur von den Betreuern beaufsichtigt.

**ODER**

Ich/ wir ermächtige/n die Betreuer der Kolpingjugend Christ-König Gütersloh, die o.g. Medikamente zu lagern und meinem/ unserem Kind zu den gegebenen Zeiten zu verabreichen.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten