

## Anlage 1: Datenerhebung zur Notfallmedikation

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes

Benanntes Kind muss aufgrund folgender ärztlicher Diagnose \_\_\_\_\_

folgendes Notfallmedikament einnehmen: \_\_\_\_\_

<b>Notfallmedikation</b>	
Notfallsymptome:	
Vorgehen im Notfall:	
Hinweis zur Medikamentengabe:	
Lagerungshinweise für das Medikament:	

### **Ermächtigung der Trainer (-innen) des Drehst`n Deckel Vereines zur Medikamentengabe im Notfall**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Trainer (-innen) des Drehst`n Deckel Vereines

meinem Kind \_\_\_\_\_

Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

das/die ärztlich verordnete(n) Medikament(e) in beschriebener Weise zu verabreichen.

Es ist mir bewusst, dass die Trainer über keine medizinische Ausbildung verfügen und während des Trainingsbetriebes Fehler bei der Medikamentengabe unbeabsichtigt unterlaufen können. Hiermit entbinde(n) ich/wir oben genannte Ärztin/Arzt von der Schweigepflichtsentbindung bezüglich Rückfragen zur Medikamentengabe.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Trainer/-innen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vorstand Drehst`n Deckel