

MEDIKAMENTENPLAN FÜR:

Vorname:

Nachname:

Geb.-Datum

Der / die TN führt die entsprechenden Medikamente selbst mit und nimmt diese auch eigenverantwortlich ein.

Der / die TN ist über die Wirkweise und Dosierung der Medikamente aufgeklärt.

Wir werden die auf dem Medikamentenplan aufgeführten Medikamente zu Beginn der Reise an die Mitarbeitenden übergeben und wünschen, dass diese für die Dosierung und Einnahme der Medikamente gemäß Dosierungshinweis Sorge tragen. **Hinweis: In diesem Fall muss der Medikamentenplan vom zuständigen Arzt ausgefüllt und unterschrieben werden!**

Für das Mitführen einzelner dem / der TN oder den Teamern übergebenen Medikamenten ist eine Bescheinigung nach Art. 75 des Schengener Durchführungsabkommens (www.bfarm.de) erforderlich (z. B. Medikamente zur Behandlung von ADHS). Wir werden dieses Dokument spätestens bei Antritt der Reise der Freizeitleitung übergeben. Uns ist bekannt, dass ohne dieses Dokument dem/der TN die Teilnahme an der Reise, insbesondere wenn diese in das Ausland führt, verweigert werden kann.

	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3	Medikament 4
Name des Medikaments				
Einnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.	Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.	Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.	Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.
Morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Abends	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Vor dem Schlafengehen	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Bemerkungen (z.B. gekühlt lagern etc.)				

Fällt eines der oben aufgeführten Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz?

Ja Nein

Wenn ja, bitte zusätzlich das Formular „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung – Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens“ ausfüllen.

Die oben genannte Person führt Notfallmedikamente mit sich:

Ja Nein;

Bei ja: Welche und wofür? _____

Die oben genannte Person führt Bedarfsmedikamente mit sich:

Ja Nein;

Bei ja: Welche und wofür? _____

Ort, Datum,

Stempel

Unterschrift des behandelnden Arztes