

INFO - Blatt

Medikamentengabe im Zeltlager

Benötigen Kinder und Jugendliche während eines Zeltlagers oder anderer Aktivitäten der Jugend- oder Kinderfeuerwehr Medikamente im Rahmen einer regelmäßigen Medikamentengabe oder notfallmäßig (z. B. bei Allergie auf Insektenstiche), sind einige Umstände zu beachten:

- Die Personensorgeberechtigten (i. d. R. die Eltern) können die Betreuerinnen oder Betreuer mit der Medikamentengabe betrauen. Die Betreuerinnen oder Betreuer sind aber nicht verpflichtet, diesem Wunsch der Eltern nachzukommen, wenn sie sich dies nicht zutrauen.
- Die Betreuerinnen oder Betreuer, die die Medikamentengabe vornehmen sollen, sind namentlich zu benennen. Gegebenenfalls müssen sie –je nach Art der Gabe– geschult werden, z. B. bei Injektionen.
- Bei der Übergabe der Medikamente muss die Menge dokumentiert werden, Beipackzettel müssen vorhanden sein und die Medikamente müssen eindeutig einem Kind oder Jugendlichen zugeordnet (gekennzeichnet) sein.
- Die Medikamentengabe muss dokumentiert werden. Ebenso sind Nicht-Einnahmen mit Begründung zu dokumentieren.
- Gegebenenfalls sollte für die Medikamentengabe ein geschützter Bereich genutzt werden.
- Auch muss die korrekte Lagerung der Medikamente (Temperatur, Licht, ggf. unter Verschluss) etc. sichergestellt sein.
- Einzelheiten der Medikamentengabe sollen schriftlich geregelt werden. Hierzu kann unter www.fuk.de ein entsprechendes Formular heruntergeladen werden.

Dieses INFO-Blatt wurde in Zusammenarbeit mit der Niedersächsischen Jugendfeuerwehr e. V. erstellt.

Medikamentengabe bei der Kinder-/ Jugendfeuerwehr

Name des KF-/JF-Angehörigen

Vorname

Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Abends	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Nachts	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Bemerkungen / Dauer der Einnahme:			

Folgende Medikamente müssen bei Bedarf eingenommen werden:

	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes	_____ Name des Medikamentes
Wann?			
Wie viel (Dosierung)?			
Bemerkungen:			

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/wir _____,
Name der Eltern/Sorgeberechtigten

dass _____
Name der ermächtigten Person(en)

Meinem/unserem Kind _____, die o. g. Medikamente
Vorname und Name des KF-/ JF-Angehörigen

Zu den angegebenen Zeiten bzw. Anlässen zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigten