

Anhang Einwilligungserklärung Medikamentengabe

Auszufüllen vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin.

--	--

Vorname und Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Geburtsdatum

Folgende Medikamente müssen zu den angegebenen Zeiten eingenommen werden:

Name des Medikaments:	Art des Medikaments (Tropfen, Spray, Saft etc.):	Dosierungsangabe (Anzahl Tropfen, Anzahl Hübe, ml-Angabe etc.):	Zeitpunkt/Anlass der Medikamentengabe (Uhrzeit, „im Notfall“/ „bei Bedarf“ etc.):*

* Bei Medikamentierung „im Notfall“/„bei Bedarf“ muss benannt werden, wann der Anlass vorliegt bzw. was die Anzeichen sind (z.B. Atemnot, Juckreiz, Hautveränderungen, Fieberkrampf, jeweils mit konkreten Anzeichen).

Bemerkungen/Dauer der Einnahme/Lagerung der Medikamente:

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Hiermit ermächtigen wir die Betreuer und Betreuerinnen des Festivals unserem Sohn/unsere Tochter die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Wir sind uns bewusst, dass die Betreuer und Betreuerinnen hierfür Zugriff auf die vorstehenden Daten erhalten.

Ich/wir kann/können meine/unsere Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Meinen Widerruf kann ich an untenstehende Adresse der Diözese Eichstätt KdÖR oder an die E-Mail-Adresse datenschutz@bistum-eichstaett.de richten.

Meine/Unsere Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder dem Widerruf meiner/unsere Einwilligung entstehen mir/uns keine Nachteile.

Ort, Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten