

Medikamentenblatt der



Name und Geburtsdatum des Kindes:

Mein Kind darf folgende rezeptfreie Arzneimittel aus der Lagerapotheke erhalten
(Unzutreffendes bitte streichen):

Hals- und Rachenschmerzen, Husten:

Halset Lutschtabletten (*Cetylpyridiniumchlorid*)

Tantum Verde Pastillen (*Benzydamin*)

ACC akut Brausetabletten (*Acetylcystein*)

Juckreiz (z.B Insektenstiche, Allergie), Ausschlag:

Fenistil Gel (*Dimetindenmaleat*)

Clarityn Tabletten (*Loratadin*)

Schmerzen, Fieber:

Mexalen Tabletten (*Paracetamol*)

Ibumetin Tabletten (*Ibuprofen*)

Durchfall:

Antibiophilus Beutel (*Probiotikum*)

Imodium akut Tabletten (*Loperamid*)

Wundversorgung, Ausschlag:

Octenisept Wund-Desinfektion (*Octenidin*)

Betadona Wund-Gel (*Polyvidon-Jod*)

Bepanthen Wund- und Heilsalbe (*Dexpanthenol*)

Ich nehme zur Kenntnis, dass aus Kostengründen oder aufgrund mangelnder Verfügbarkeit, auch gleichwertige Medikamente mit demselben Wirkstoff (jeweils kursiv in Klammern angeführt) verabreicht werden können.

Die Medikamente werden von geschulten Pfadfinderführern nach Angaben (Indikationsstellung, Dosierung etc.) der zugehörigen Packungsbeilage verabreicht. Im Zweifelsfall werden die Erziehungsberechtigten kontaktiert und/ oder ärztlicher Rat eingeholt.

Das Medikamentenblatt bleibt bis auf Widerruf gültig. Es liegt in meiner Verantwortung, etwaige Änderungen bekanntzugeben.

Bei aktueller Medikation des Kindes bitte genauere Angaben auf Seite 2 ausfüllen.

Datum und Unterschrift

Medikamentenblatt

Seite 2 (nur bei bestehender Medikation auszufüllen)

Vollständiger Medikamentenname	Dosierung (Wann/ Wie oft)	Kind bewahrt Medikament selbst auf	Kind benötigt Hilfe bei Einnahme	Grund der Verschreibung	Besonderheiten (z.B. zu erwartende Nebenwirkungen)

Datum und Unterschrift

Name des Kindes