

## **Bescheinigung zur Vorlage bei den Pfadfindern – Verabreichung von Medikamenten**

Der/die Teilnehmer/in \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Muss die nachfolgend aufgeführten Medikamente:

- zu folgenden Zeiten regelmäßig einnehmen:  
(Name des Medikamentes/der Medikamente, Tageszeit, Dosierung, Art der Verabreichung)
  
- in folgenden Fällen erhalten:  
(Beschreibung der Anlasssituation, Name des Medikamentes, Dosierung, Art der Verabreichung)

Die Sorgeberechtigten haben mich diesbezüglich von meiner Schweigepflicht befreit, für Rückfragen stehe ich zur Verfügung.

---

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

### **Erklärung der Eltern/des/der Sorgeberechtigten**

Hiermit erkläre ich, dass meinem Kind während einer Pfadfinderveranstaltung durch einen Leiter/eine Leiterin die durch den Arzt festgelegten Medikamente regelmäßig oder in der beschriebenen Situation verabreicht werden. Es ist mir bewusst, dass der Leiter/die Leiterin keine medizinische Ausbildung besitzt. Ich stelle hiermit ausdrücklich bezüglich der Verabreichung der oben genannten Medikamente die handelnde Leitungskraft von jeglichen Haftungsansprüchen meinerseits oder meines Kindes frei.

---

Ort, Datum und Unterschrift der Eltern/eines/einer Sorgeberechtigten