**Une image contenant texte, graphiques vectoriels

Description générée automatiquement** **Einverständniserklärung der Eltern**

**für die Einnahme von Medikamenten**

**Von den Eltern auszufüllen, wenn das Kind ein Medikament einnehmen muss.**

Ich, .........................................................................................................................., Elternteil/Vormund von ........................................................................................... bestätige, dass das oben genannte Kind während des von ................................................................... organisierten Aufenthalts, der von ......../......../20........ bis ......../......../20........ in ....................................................................................... (Ortschaft) stattfindet, die unten genannten Medikamente einnehmen muss.

Name des Arzneimittels: …..……………………………………………………………………

Aktiver Bestandteil: ….……………………………………………………………………

Art der Anwendung: …..……………………………………………………………………

Dosierung: …..……………………………………………………………………

Häufigkeit: …..……………………………………………………………………

Dauer der Behandlung: …..……………………………………………………………………

Name des Arzneimittels: …..……………………………………………………………………

Aktiver Bestandteil: ….……………………………………………………………………

Art der Anwendung: …..……………………………………………………………………

Dosierung: …..……………………………………………………………………

Häufigkeit: …..……………………………………………………………………

Dauer der Behandlung: …..……………………………………………………………………

Unterzeichnet zu ……………………………………………………………………………………………, am ......./ ......./ 20.......

Unterschrift

*Die Verarbeitung medizinischer Daten erfolgt im Rahmen unserer rechtmäßigen Tätigkeiten und mit angemessenen Garantien gemäß Artikel 9 Absatz 2 der Allgemeinen Datenschutzverordnung (DSGVO). Die in der Genehmigung zur Verschreibung von Medikamenten enthaltenen Informationen sind vertraulich. Die Leiter, denen diese Informationen anvertraut werden, sind verpflichtet, die Rechtsvorschriften zum Schutz des Privatlebens sowie die im Gesetz vom 3. Juli 2005 über die Rechte von Freiwilligen festgelegte Schweigepflicht zu beachten. Die hier mitgeteilten Informationen dürfen daher nicht weitergegeben werden, es sei denn an den Arzt oder anderes Pflegepersonal, das um Rat gefragt wurde. Diese Daten werden spätestens ein Jahr nach dem Aufenthalt vernichtet, sofern keine Akte angelegt wird.*