

**NotfallMedikamentengabe**

**Notfall- Medikamentengabe**

**bei der Kinder- und Jugendferienfreizeit Ameland vom 12.10.-19.10.2024**

Sollte ihr Kind für eine konkrete Notfallsituation ein bestimmtes Medikament oder Behandlung benötigen, muss dies im Vorfeld mit den Eltern/ Sorgeberechtigten und der verantwortlichen Gruppenleitung besprochen und mit diesem Bogen schriftlich festgehalten werden. Die verantwortliche Gruppenleitung informiert zudem zu Beginn der Freizeit das A-Team.

<b>Name, Adresse des Dienstes/der Einrichtung:</b>
<b>Teilnahme über die Gruppe:</b> _____
<b>Adresse der Gliederung/ Diözese:</b> _____

<b>Name des Kindes:</b>	<b>Geburtsdatum des Kindes:</b>
<b>Namen und Kontaktdaten der Sorgeberechtigten</b>	

<b>Ärztliche Verordnung: Folgendes (Notfall-) Medikament muss dem o.g. Kind in der beschriebenen Notfallsituation verabreicht werden:</b>
<b>Notfall-Medikament:</b> (Name des Medikaments)
<b>Notfallsituation:</b> (Beschreibung evtl. Notfallsituation)
<b>Notfallmaßnahmen:</b> (Beschreibung der Handlungsmaßnahme)
<b>Dosierung des Notfall-Medikaments:</b> (Welche Menge pro Einnahme?)

## NotfallMedikamentengabe

### Form der Verabreichung:

(Auftragen, Schlucken, etc.)

### Lagerung des Medikamentes:

(Aufbewahrungsort, Ort, Temperatur, etc.)

### Mögliche Nebenwirkungen:

(Beipackzettel / Was ist zu beachten?)

### Notfallkontakt:

(Name, Telefon-Nr. der Ärztin / des Arztes)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

### Schweigepflichtentbindung der / des Sorgeberechtigten und des jugendlichen Kindes ab 14 Jahren:

Die /den behandelnden Arzt / Ärztin entbinde ich / wir der verantwortlichen Gruppenleitung

\_\_\_\_\_  
Name der verantwortlichen Gruppenleitung

des Malteser Hilfsdienst e.V. insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 BGB, als es für einen Notfall zur Medikamentengabe bzw. sonstigen Notfallmaßnahme erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte \*

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Jugendlichen ab 14 Jahren

(\* Elterliche Einwilligung muss von beiden Sorgeberechtigten erteilt werden (vgl. 1626, 1629 BGB))

## NotfallMedikamentengabe

### Ermächtigung des / der Sorgeberechtigten:

Hiermit ermächtige/n ich / wir \_\_\_\_\_  
Name Eltern / Sorgeberechtigte \*

die/den Gruppenleiter/in \_\_\_\_\_  
Name Gruppenleitung

des Malteser Hilfsdienst unserem o.g. Kind im beschriebenen Notfall das von der Ärztin / dem Arzt angegebene Medikament in der angegebenen Dosierung zu verabreichen.

Wir versichern, dass es zur Medikamentengabe keiner besonderen medizinischen Sachkunde oder medizinischer Fertigkeiten bedarf und diese von jedem Erwachsenen ohne Weiteres ausgeführt werden kann. Uns ist bekannt, dass die / der Gruppenleiter/in i.d.R. im Umgang mit Notfallsituationen, mittels einer Erste-Hilfe Fortbildung geschult ist, jedoch über keine medizinische, pflegerische oder sonst vergleichbare Grundausbildung verfügt/-en.

Ich/wir haben die / den Gruppenleiter/in im Umgang mit einer eventuell eintretenden Notfallsituation und dem dazu zu verabreichendem Medikament eingewiesen und mich/uns vergewissert, dass diese/r im Umgang und Übernahme der o.g. Medikamentengabe in Notfallsituationen informiert ist/sind.

Die Vorlage einer ausreichenden und aktuellen ärztlichen Handlungsanweisung ist Bedingung dafür, dass die Gruppenleitung der Notwendigkeit einer (Notfall-) Medikamentengabe nachkommen kann. Uns obliegt die Pflicht, Änderungen möglicher Notfallsituationen und/oder -medikationen dem Malteser Hilfsdienst e.V. und der Gruppenleitung unverzüglich mitzuteilen. Wir wissen, dass dieses Dokument im Fall einer Änderung zunächst erneuert und die Gruppenleitung von uns neu eingewiesen werden muss/müssen.

Außerdem gewährleiste/-n ich/wir, jederzeit unter folgender Telefonnummer

\_\_\_\_\_ für die Gruppenleitung erreichbar zu sein.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte \*

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Gruppenleitung

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Jugendlichen ab 14 Jahren

(\* Elterliche Einwilligung muss von beiden Sorgeberechtigten erteilt werden (vgl. 1626, 1629 BGB))

## NotfallMedikamentengabe

### Einverständnis der Gruppenleitung:

Hiermit bestätige/-n ich/wir \_\_\_\_\_  
Name Gruppenleitung

als für den Malteser Hilfsdienst ehrenamtlich tätig, dem o.g. Kind das von der Ärztin / dem Arzt angegebene Medikament im beschriebenen Notfall in der angegebenen Dosierung zu verabreichen.

Ebenfalls bestätige ich/wir, im Umgang mit dem zu verabreichenden Medikament und entsprechender Indikation zur Gabe in einer Notfallsituation eingewiesen worden zu sein. Über besondere Vorfälle oder Auffälligkeiten - besonders im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand (und einer eventuell notwendigen Medikamentengabe) - informiere ich die Sorgeberechtigten und das Team der Arztpraxis/ Saniteam umgehend.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift ehrenamtlich Mitarbeitende/-n

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Leitung

### Mitgeltende Unterlagen

→