

Für Teilnehmer/Innen, die während der Stern-Reise eine dauerhafte Medikation benötigen, muss im Rahmen der Aufsichtspflicht eine schriftliche Einverständniserklärung der Angehörigen, des gesetzlichen Betreuers oder der Heimleitung über die Menge, Dosierung und Wirkung erfolgen, bzw. eine ärztliche Anordnung mit genauer Dosierungsanleitung vorliegen.

Name des (r) ReisetTeilnehmer(In)s: _____

Reise-Nr.: _____

Name und Anschrift: _____

Behandelnder Hausarzt: _____

- Die Medikamente werden vom ReisetTeilnehmer selbst verwaltet und selbständig eingenommen.
- Die Medikamente müssen kontrolliert über einen Reisebegleiter verabreicht werden.

Lfd. Nr.	Medikament	Dosierung			Wirkung	Anzahl gesamt
		Morgens	Mittags	Abends		
1						
2						
3						
4						
5						

Bitte alle benötigten Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden, für den **gesamten Zeitraum der Reise** in entsprechende **Medikamenten-Boxen** verteilen. Bitte auch den An- und Abreise-Tag beachten.

Erklärung:

Hiermit übertrage ich die Medikamentenvergabe für den Zeitraum der Reise vom _____ bis _____ an die entsprechenden Reibegleiter/Innen der Firma Stern-Reisen UG.

 Datum

 Unterschrift Eltern, gesetzlich Betreuer oder Heimleitung