Einverständniserklärung für Medikamente & Hilfsmittel

des Theatervereins Theater Für euch e.V. – Theater für Generationen

---

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass im Notfall Medikamente verabreicht oder medizinische Hilfsmittel eingesetzt werden dürfen, **sofern eine schriftliche Anleitung vorliegt und die benötigten Materialien dafür griffbereit sind.**

Ich erlaube den **verantwortlichen Personen des Theatervereins Theater Für euch e.V. – Theater für Generationen**, im Notfall gemäß den untenstehenden Angaben zu handeln.

Die Anwendung erfolgt ausschließlich nach den schriftlichen Angaben in der Gesundheitsinformation (Medikamentenplan, Dosierung, Anleitung, Gültigkeit), die von der betroffenen Person bzw. den Sorgeberechtigten bereitgestellt wurden.

Angaben zur betroffenen Person

• Name:

_____

• Geburtsdatum:

_____

Medikamente & Hilfsmittel

• Erforderliche Medikamente/Hilfsmittel:

_____

_____

_____

_____

• Aufbewahrungsort:

_____

• Schriftliche Anleitung liegt vor:

☐ Ja ☐ Nein

• **Datum des aktuellen Medikamentenplans / der schriftlichen Anleitung:**

_____

Hinweis zur Gültigkeit und Sicherheitshinweis

Der in der Gesundheitsinformation angegebene Medikamentenplan bzw. die schriftliche Anleitung gilt ab dem genannten Datum für maximal 3 Monate als verbindlich.

Sollte innerhalb dieses Zeitraums kein neuer Medikamentenplan vom behandelnden Arzt vorgelegt werden, bleibt die bisherige Angabe weiterhin gültig, wenn die Sorgeberechtigten bzw. die betroffene Person schriftlich bestätigen, dass sich keine Änderungen ergeben haben.

Diese Bestätigung muss enthalten:

- vollständiger Name der betroffenen Person
- Hinweis: „Es haben sich keine Änderungen am Medikamentenplan ergeben."
- Datum der Bestätigung – handschriftliche Unterschrift

Ohne gültigen oder schriftlich bestätigten Medikamentenplan dürfen keine Medikamente verabreicht werden. Hilfsmittel, die eine besondere Einweisung oder schriftliche Anleitung erfordern, dürfen ebenfalls nur angewendet werden, wenn eine gültige oder schriftlich bestätigte Anleitung vorliegt. Alltägliche Hilfsmittel (z. B. Sehhilfen oder frei nutzbare Mobilitätshilfen) sind hiervon nicht betroffen. **Liegt keine gültige oder bestätigte Anleitung vor, ist die Teilnahme an Proben oder Aufführungen nur möglich, wenn eine sorgeberechtigte oder bevollmächtigte Person anwesend ist. Das Wohl und die Sicherheit der betroffenen Person stehen für uns an erster Stelle.**

Rechtliche Dokumente

• **Patientenverfügung liegt vor:**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Name und Kontaktdaten der bevollmächtigten Person:

_____

_____

• **Vorsorgevollmacht liegt vor:**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Name und Kontaktdaten der bevollmächtigten Person:

_____

_____

Unterschrift

Name der unterschreibenden Person *(bei Selbstunterschrift bitte erneut den eigenen Namen eintragen)*:

Ich unterschreibe für *(Name des Mitglieds / der betroffenen Person – bei Selbstunterschrift bitte durchstreichen oder freilassen)*:

Rolle der unterschreibenden Person *(Bitte Zutreffendes ankreuzen)*:

☐ **Ich bin volljährig und unterschreibe für mich selbst.**
☐ **Ich bin sorgeberechtigter einer minderjährigen Person.**
☐ **Ich bin Betreuungsperson und unterschreibe stellvertretend.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden.

Ort, Datum:

Unterschrift (handschriftlich erforderlich, auch bei E-Mail):
