Anleitung zur Anwendung von Notfallmedikamenten / Hilfsmitteln

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

(Bitte pro Medikament/Hilfsmittel ein eigenes Blatt verwenden.)

Angaben zur betroffenen Person

Name:

_____

Geburtsdatum:

_____

Bezeichnung des Notfallmedikaments / Hilfsmittels

Name des Medikaments / Hilfsmittels:

_____

Zweck / Indikation (Wann wird es benötigt?):

_____

_____

Anwendungshinweise (verbindlich)

Dosierung / Menge:

_____

_____

Anwendungsschritte (Schritt-für-Schritt-Anleitung, ggf. eigenes Zusatzblatt beilegen):

_____

_____

_____

_____

Wann genau anwenden? (z. B. bei Atemnot, allergischer Reaktion, Krampfanfall)

Besondere Hinweise / Warnhinweise:

Aufbewahrungsort während Proben/Aufführungen

Wo befindet sich das Medikament/Hilfsmittel?

Gültigkeit der Angaben

Datum des aktuellen Medikamentenplans / der Anleitung:

Hinweis: *Diese Angaben gelten ab dem oben genannten Datum für maximal 3 Monate. Wenn kein neuer Medikamentenplan vorgelegt wird, muss schriftlich bestätigt werden, dass sich keine Änderungen ergeben haben.*

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 sorgeberechtigte*r* 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):
