

Medikamentengabe in der Schule

Schulstempel

Einwilligung

Ich willige/wir willigen ein, dass die Schule _____
Name der Schule

personengebundene Daten meines/unsere Kindes

Name und Klasse: _____

chronische Erkrankung: _____

an die Lehrkräfte, die pädagogischen Mitarbeiterinnen sowie Mitschüler und Mitschülerinnen* weitergibt, sowie dies für den fürsorglichen Umgang mit dem Kind in der Schule erforderlich ist.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Personensorgeberechtigte

* Die Wörter „Mitschüler“ oder „Mitschülerinnen“ können von den Personenberechtigten gestrichen werden.

Verordnung der Ärztin oder des Arztes

Name des Kindes: _____ geb.am: _____

Die unten angeführten Medikamente dürfen in der Schule verabreicht werden und müssen zu den genannten Tageszeiten oder im angegebenen Fall wie folgt eingenommen werden:

	Name des Medikamentes	Uhrzeit	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Einnahme
1.					
2.					
3.					
4.					

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes