

Einverständniserklärung zur Verabreichung von Medikamenten in der Schule für Kinder, die regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente einnehmen müssen

Diese Einverständniserklärung muss ausgefüllt werden, wenn ein, vom Arzt verordnetes Medikament, in der Schule von der Schulkrankenschwester verabreicht werden soll.

Vorname des Kindes

Nachname des Kindes

Geburtsdatum

Klasse

Verordnung des Arztes

Medikament/medizinische Hilfsmaßnahme:

Verabreichung (Dosierung/Zeiten):

Diagnose _____

Besonderheiten _____

Das Medikament wird in der Schule in _____ (Ort/Behälter) aufbewahrt.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Einverständnis der Eltern

Hiermit erteile ich den Schulkrankenschwestern und der Schulärztin der Rudolf-Steiner-Schule Dortmund die Erlaubnis meinem Kind das oben genannte Medikament zu verabreichen. Ich stelle hiermit ausdrücklich die Schulkrankenschwestern und die Schulärztin von jeglicher Haftung frei.

Die Beauftragung soll bis zum _____ (Datum) oder bis zu meinem Widerruf gültig sein.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte