



### Erklärung des behandelnden Arztes

Vor- und Nachname des Kindes mit Geburtsdatum:

Vom o.g. Kind einzunehmendes Medikament (genaue Bezeichnung) mit genauer Dosierungsanleitung und genauem Zeitpunkt des Verabreichens:

Für „Notfallmedikamente“ ist zu beschreiben, woran der Notfall zu erkennen ist und wie darauf zu reagieren ist:

Erfordernisse zur sachgemäßen Lagerung des Medikamentes:

Weitere wichtige Hinweise:

Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_ Behandlungsende: \_\_\_\_\_

Die Einnahme des o.g. Medikamentes ist während der Schulzeit erforderlich.

Ort / Datum / Unterschrift des Arztes, der Ärztin mit Praxisstempel

### Erklärung der Erziehungsberechtigten

Wir sind damit einverstanden, dass unserem o.g. Kind das o.g. Medikament in der Schule nach ärztlichem Angaben verabreicht wird.

Die Betreuungskräfte können bei Unklarheiten jederzeit den behandelnden Arzt zur Rücksprache kontaktieren. So wird in diesem Fall von einer Schweigepflichtentbindung Gebrauch gemacht. Die Betreuungskräfte die sich bereit erklärt haben, das o.g. Medikament zu verabreichen, ihren Dienst nicht leisten können, müssen wir unserem Kind das Medikament selbst verabreichen. Wir sind in Kenntnis gesetzt, dass die Medikamentenvergabe in der Verantwortung der Erziehungsberechtigten liegt. **Die Betreuungskräfte der Schule können für mögliche Beeinträchtigungen oder Schäden, sowie auch ein Versäumen der Medikamentengabe nicht haftbar gemacht werden, es sei denn, sie haben grob fahrlässig gehandelt.**

Das Betreuungspersonal kann jederzeit die Medikamentengabe widerrufen.

Ort / Datum / Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten

Erklärung der Betreuungskräfte:

Wir, \_\_\_\_\_  
erklären uns bereit, dem o.g. Kind das o.g. Medikament nach angegebener Dosierung und dem Einverständnis der Erziehungsberechtigten die Medikamente zu verabreichen.

Ort / Datum / Unterschrift des Betreuungspersonals