

Ermächtigung zur Abgabe von Arzneimitteln



KREISSCHULE
TENNIKEN EPTINGEN DIEGTEN

Personalien der Erziehungsberechtigten

Namen _____

Wohnort _____

Personalien Kind Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____ Klasse _____

Name Klassenlehrperson _____

- Unser Kind benötigt spezielle Medikamente.
- Wir sind einverstanden, dass die verantwortliche Lehrperson unserem Kind dieses Medikament wie unten beschrieben verabreicht.

Folgende Lehrpersonen sind befugt unserem Kind dieses Medikament während der Unterrichtszeit, auf einer Exkursion oder in einem Schullager zu geben:

Name Lehrperson _____

Name Lehrperson _____

Name Lehrperson _____

- Wir möchten in jedem Fall von der Lehrperson über die Medikation informiert werden.
- Wir möchten nur nach besonderen Vorfällen über die Medikation informiert werden.

Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten _____

Hinweise zur erlaubten / erwünschten Medikation

Name Produkt _____

Dosierung _____

Hinweise zur Abgabe _____

Wann _____ wie häufig _____

In welchen Situationen muss das Medikament wie verabreicht werden? _____

Bemerkungen _____

Gültig ab _____ bis _____

Datum _____ Unterschrift _____