

**Einverständniserklärung zur einfachen Medikamentengabe**

**Name der Schülerin /des Schülers:**

**Geburtsdatum:**

**Gruppenleitung:**

Medikament / Dosierung: .....

Medikament / Dosierung: .....

Medikament / Dosierung: .....

Die Vereinbarung soll bis zum ..... (Datum) / zu ihrem schriftlichen Widerruf  
(Nichtzutreffendes streichen) gültig sein.

**Einverständnis der/des pädagogischen Mitarbeiters/Mitarbeiterin:**

.....

**Ort, Datum**

.....

**Unterschrift:**

**Medizinische Unbedenklichkeitsbescheinigung**

Name der Schülerin /des Schülers: .....

Geburtsdatum: .....

Hiermit bestätige ich, dass die Verabreichung folgender Medikamente durch das pädagogische Personal der Schule erfolgen kann.

Medikament / Dosierung: .....

Medikament / Dosierung: .....

Medikament / Dosierung: .....

Die Vereinbarung soll bis zum ..... (Datum) / zu ihrem schriftlichen Widerruf (Nichtzutreffendes streichen) gültig sein.

**Sonstige Bemerkungen des Arztes:**

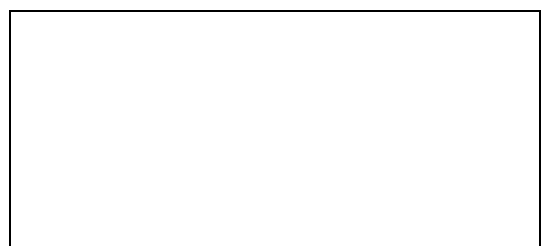
.....  
.....  
.....  
.....

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift des Arztes)



(Stempel)

### Anlage 3

.....

.....

.....

(Ort, Datum)

.....

(Anschrift der Erziehungsberechtigten)

**Offenen Ganztag / Blaues Haus,**

**Großenseer Straße 10**

**22946 Trittau**

#### **Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen / über die Verabreichung von Medikamenten**

Hiermit vereinbaren wir als Erziehungsberechtigte der Schülerin / des Schülers.....  
mit den im Folgenden genannten Beschäftigten des Offenen Ganztags / Blaues Haus,  
.....

,die nachfolgend genannte ärztlich verordnete Medikamentengabe beziehungsweise  
medizinische Hilfsmaßnahme durchzuführen, weil unsere Tochter / unser Sohn die  
Maßnahme nicht selbst steuern oder vornehmen kann. **Wir stellen die Beschäftigte / den  
Beschäftigten, von jeglicher Haftung für diese Unterstützung frei.** Für medizinische  
Rückfragen durch die Beschäftigte / den Beschäftigten entbinden wir die betreuende Ärztin /  
den betreuenden Arzt von ihrer / seiner ärztlichen Schweigepflicht. Die Vereinbarung soll bis  
zum ..... (Datum) / zu ihrem schriftlichen Widerruf (Nichtzutreffendes streichen)  
gültig sein.

Medikament / Dosierung: .....

Medikament / Dosierung: .....

Medikament / Dosierung: .....

..... / .....

(Unterschrift aller Erziehungsberechtigten)

.....

(Ort, Datum)