

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:

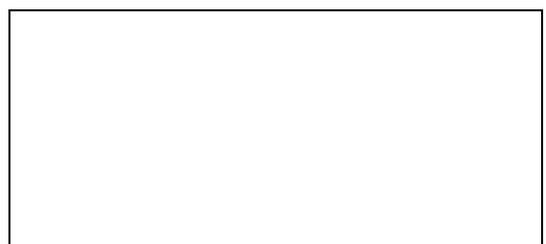
.....
.....
.....
.....

.....

(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)