Bescheinigung zur Vorlage in der Schule – Verabreichung von Medikamenten

Die Schülerin / Der Schüler _____ geb. am _____
muss die nachfolgend aufgeführten Medikamente:

☐ zu folgenden Zeiten regelmäßig einnehmen:
(Name des Medikamentes/der Medikamente, Tageszeiten, Dosierung, Art der Verabreichung)

_____

_____

☐ in folgenden Fällen erhalten:
(Beschreibung der Anlasssituation, Name des Medikamentes, Dosierung, Art der Verabreichung)

_____

_____

Die Sorgeberechtigten haben mich diesbezüglich von meiner Schweigepflicht befreit, für Rückfragen stehe ich zur Verfügung.

_____ _____
Datum Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Erklärung der Eltern/des/der Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich, dass unserem/meinem Kind in der Schule durch eine Lehrkraft oder Pädagogische Mitarbeiterin, die durch den Arzt festgelegten Medikamente regelmäßig oder in der beschriebenen Situation verabreicht werden. Es ist mir bewusst, dass weder die Lehrkraft noch die Pädagogische Mitarbeiterin eine medizinische Ausbildung besitzen.
Wir/Ich stelle/n hiermit ausdrücklich bezüglich der Verabreichung der oben genannten Medikamente die handelnde Lehrkraft oder Pädagogische Mitarbeiterin von Haftungsansprüchen auf Grund fahrlässigen Verhaltens/Unterlassens unsererseits/meinerseits oder unseres/meines Kindes frei.

_____ _____ _____
Datum Unterschrift der Sorgeberechtigten