

**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 Medikaments/der Medikamente, Tageszeiten, Dosierung, Art der Verabreichung)

in folgenden Fällen erhalten:

(Beschreibung des Anlasses, Name des Medikamentes, Dosierung, Art der Verabreichung)

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

Ort, Datum

Unterschrift Stempel des Arztes/der Ärztin

Seite 2 von 2 - vom Sorgeberechtigten auszufüllen

Erklärung der Eltern / des/der Sorgeberechtigten

Betr.: _____, Klasse _____

Hiermit erkläre ich, dass meinem Kind in der Schule durch die Schulgesundheitsfachkraft die durch den Arzt festgelegten Medikamente regelmäßig oder in der beschriebenen Situation verabreicht werden.

Für die Richtigkeit der hier aufgeführten Medikation liegt die Verantwortung ausschließlich bei mir.

Ich stelle die Schule und die Schulgesundheitsfachkraft von einer Haftung im Zusammenhang mit oben aufgeführten Behandlungsfällen und bei Verabreichungen der oben genannten Medikamente frei.

Ich verpflichte mich, die erforderlichen Medikamente in ausreichendem Umfang und ordnungsgemäßen Zustand (Haltbarkeitsdatum) zur Verfügung zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/eines/einer Sorgeberechtigten