

Medikamentenzettel

(auszufüllen von den Personensorge-
Berechtigten und von der Ärztin oder dem Arzt)



Reformschule Maria Montessori
Evangelische Grundschule mit Integration
Franckeplatz 1, Haus 19
06110 Halle (Saale)

Aufgabenübertragung durch die Personensorgeberechtigten an die Schule und den Hort

Hiermit übertrage ich/übertragen wir _____

(Name Sorgeberechtigte/r)

die Versorgung meines/unseres Kindes mit den von der Ärztin/vom Arzt verordneten Medikamente

während der Schul- und Hortzeit _____

(Name/Namen der ermächtigten Person/Personen)

Soweit keine Freistellung von der Haftung durch die Unfallkasse Sachsen-Anhalt vorliegt, stelle ich die Schule sowie die ermächtigte Person oder die ermächtigten Personen von der Haftung, die im Zusammenhang mit der übernommenen Versorgung entstehen kann, frei.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Verordnung der Ärztin oder des Arztes

Name des Kindes: _____ geb. am: _____

Die unten aufgeführten Medikamente dürfen in der Schule verabreicht werden und müssen zu den genannten Tageszeiten oder im angegebenen Fall wie folgt eingenommen werden:

	Name des Medikamentes	Uhrzeit	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Einnahme
1.					
2.					
3.					

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Im Notfall – zur Information für den Notarzt (bei Kindern mit Epilepsie).

Mein/unser Kind nimmt folgende Medikamente regelmäßig:

	Name des Medikamentes	Dosis
1.		
2.		
3.		

BITTE WENDEN

Schweigepflichtsentbindung

Den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin entbinde ich gegenüber _____
(Name der Schule oder der ermächtigten Person/en)

insoweit von der Schweigepflicht gemäß §203 StGB, als es für die Verabreichung/Unterstützung bei der Verabreichung von Medikamenten notwendig ist.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r