

Absender:

Telefon für Rückfragen:

An:

**Antrag: Medikamentengabe durch schulisches Personal**

Ich möchte, dass meinem Kind ..... , geboren am ..... in der Schule (auch Klassenfahrt, Ausflug ..., sofern zutreffend) folgende ärztlich verordnete Medikamente verabreicht werden:

<b>Bezeichnung</b>	<b>Dosis</b>	<b>Uhrzeit</b>	<b>Hilfreiche Ergänzungen</b>
1. Medikament			<input type="checkbox"/> dauerhaft bis auf Weiteres <input type="checkbox"/> vorübergehend vom ..... bis ..... <input type="checkbox"/> Notfallmedikament
2. Medikament			<input type="checkbox"/> dauerhaft bis auf Weiteres <input type="checkbox"/> vorübergehend vom ..... bis ..... <input type="checkbox"/> Notfallmedikament

Für weitere Medikamente ggf. Rückseite nutzen

Mein Kind kooperiert bei der Medikamenteneinnahme  JA  NEIN

**Die Verordnung / eine Bestätigung des Arztes mit den notwendigen Angaben habe ich beigelegt.**

Bei Fragen oder im Notfall bitte anrufen:

Privat – Name ....., Telefon: .....

Günstige Uhrzeit: .....

Arzt – Name ....., Telefon: .....

Günstige Uhrzeit: .....

**Erklärung der Eltern/ des/ der Sorgeberechtigten**

Es ist mir bewusst, dass das schulische Personal keine medizinische Ausbildung besitzt. Bezüglich der Verabreichung der oben genannten Medikamente stelle ich die handelnden schulischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausdrücklich von jeglichen Haftungsansprüchen meinerseits oder meines Kindes frei.

Ich bitte um eine umgehende Entscheidung und schriftliche Antwort.

Berlin, den .....  
Datum

.....  
Erziehungsberechtigte/r - Unterschrift