



Einverständniserklärung

Braucht Ihr Kind während der Schul- und HPT Zeit regelmäßig Medikamente und/ oder für den Notfall (Bedarfs-) Medikamente, so benötigen wir Ihr Einverständnis, um Ihrem Kind die Medikamente geben zu dürfen. Bitte füllen Sie hierzu den folgenden Abschnitt aus. Bei einer Änderung der Medikation und/ oder Dosierung, ist erneut Ihr Einverständnis erforderlich. Bitte teilen Sie uns deshalb umgehend diese Änderung telefonisch oder schriftlich mit.

Die Einverständniserklärung ist gültig, solange kein Widerspruch erfolgt.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

(Name des Kindes) _____

(Geburtsdatum) _____

die vom Arzt verordneten (Bedarfs-) Medikamente (siehe ärztliche Verordnung mit Diagnose) durch die Mitarbeiterinnen der Schule und HPT

(Namen der Mitarbeiterinnen) _____

während der Schul- und HPT Zeit verabreicht bekommt.

(Ort/ Datum)

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Version	Bearbeitung	Bearbeitungsdatum	Freigabe	Freigabedatum	Seite
1	Leitungsteam	21.10.2014	GF	21.10.14	Seite 1 von 1