

## **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.

.....

Ort, Datum Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Erklärung der Eltern/des/der Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich, dass 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. Ich stelle hiermit ausdrücklich bezüglich der Verabreichung der oben genannten Medikamente die handelnde Lehrkraft oder Pädagogische Mitarbeiterin von Haftungsansprüchen auf Grund fahrlässigen Verhaltens/Unterlassens meinerseits oder meines Kindes frei.

.....

Ort, Datum Unterschrift der Eltern/eines/einer Sorgeberechtigten