

**Medikamentenabgabe
Vereinbarung**

Angaben des Kindes:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Schulhaus, Lehrperson _____



Angaben der Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmassnahmen und die Verabreichung von Medikamenten in der Schule /Tagesbetreuung

Hiermit beauftrage ich / beauftragen wir die Schule/Tagesbetreuung, an unserem Kind die nachfolgend bezeichnete ärztlich verordnete, medizinische Hilfsmassnahme/Medikamentenabgabe durchzuführen.

Ärztliche Verordnung

Angabe, welche medizinische Hilfsmassnahme in der Schule/Tagesbetreuung angezeigt ist und Hinweise, was hierbei zu beachten ist.

Medizinische Diagnose für das zu betreuende Kind

Die Angaben einer medizinischen Diagnose ist nicht verpflichtend, kann jedoch im Notfall hilfreich sein:

Anwendungszeiten / Dauer / Dosierung:

täglich im Notfall

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Medikament: _____

Dauer: _____

Dosierung: _____

Notfallmassnahmen, Besonderheiten für Medikamentenverabreichung, Nebenwirkungen

Die Vereinbarung ist bis zum _____ (Datum einfügen) oder bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Über Änderungen der ärztlichen Verordnung und gegebenenfalls der medizinischen Diagnose werde ich / werden wir die Schule umgehend informieren. Das Medikament muss originalverpackt und mit Beschriftung (Name des Kindes) der Schule/Tagesbetreuung übergeben werden.

Für den Zeitraum der Beauftragung ist die Schule/Tagesbetreuung berechtigt, Daten, die im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung stehen, zu speichern.

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Datum, Stempel, Unterschrift behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt
