

Verabreichung von Medikamenten



**Gemeinde
Achberg**

Bitte zurückgeben an:

Schulkindbetreuung Grundschule Achberg
Schulstraße 9
88147 Achberg

Schulkindbetreuung
c/o Grundschule Achberg
Schulstraße 9
88147 Achberg

Telefon 08380 / 419
Telefax 08380 / 422
Mail: skb-achberg@web.de

Angaben über das Kind:			
Name:		Vorname:	
Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:			
Name des Medikaments:			
Morgens: Uhrzeit:			
Dosierung:			
Mittags/Nachmittags: Uhrzeit:			
Dosierung:			
Bemerkung/ Dauer der Einnahme:			

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin)

Hiermit ermächtige(n) ich/wir als Erziehungsberechtigte das pädagogische Personal der Schulkindbetreuung, meinem/unserem Kind die oben genannten Medikamente zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Das pädagogische Personal der Schulkindbetreuung trägt die Verantwortung für eine große Gruppe von Kindern. Ich bin mir/Wir sind uns daher bewusst, dass keine Garantie für die stets zeitgerechte Einnahme der Medikamente gegeben werden kann.

Für etwaige Nebenwirkungen und Komplikationen übernehmen der Träger und das pädagogische Personal keine Verantwortung.

(Ort, Datum)

(Unterschriften des/der Erziehungsberechtigten)