

(Vereinbarung bitte in Kopie an die betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt)

(Anschrift der Erziehungsberechtigten)

(Ort, Datum)

An die  
Regionale Schule  
mit Grundschule Schlagsdorf  
Hauptstr. 18a  
19217 Schlagsdorf

**Vereinbarung über die Durchführung von medizinischen Hilfsmaßnahmen / über die Verabreichung von Medikamenten**

Hiermit vereinbaren wir als Erziehungsberechtigte der

Schülerin / des Schülers

mit den im Folgenden genannten Beschäftigten der oben angegebenen Schule, die nachfolgend genannte ärztlich verordnete Medikamentengabe beziehungsweise medizinische Hilfsmaßnahme durchzuführen, weil unsere Tochter / unser Sohn die Maßnahme nicht selbst steuern oder vornehmen kann. Wir stellen die Beschäftigte / den Beschäftigten, von jeglicher Haftung für diese Unterstützung frei. Für medizinische Rückfragen durch die Beschäftigte / den Beschäftigten entbinden wir die betreuende Ärztin / den betreuenden Arzt von ihrer / seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Die Vereinbarung soll bis zum

(*Datum einfügen*) / zu ihrem schriftlichen

Widerruf gültig sein. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

(Unterschrift aller Erziehungsberechtigten)

(Vereinbarung bitte in Kopie an die betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt)

Diagnose / ärztliche Indikation für die zu betreuende Schülerin / den zu betreuenden Schüler

  

Art der Maßnahme:

  

Telefonische Erreichbarkeit:

Erziehungsberechtigte:

Ärztin / Arzt:

Medizinische Unbedenklichkeitsbescheinigung Name der Schülerin / des Schülers: .

Geburtsdatum: ...

Hiermit bestätige ich, dass die Verabreichung folgender Medikamente beziehungsweise die Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen durch Beschäftigte der Schule erfolgen kann.

Art der Maßnahme: Medikament / Dosierung

Medikament / Dosierung

Medikament / Dosierung

Medizinische Hilfsmaßnahme:

Medizinische Hilfsmaßnahme:

Medizinische Hilfsmaßnahme:

Sonstige Bemerkungen der Ärztin / des Arztes

(Ort, Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes)