

## Verabreichung von Medikamenten (für unter 18-Jährige)

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

muss die nachfolgend aufgeführten Medikamente

O zu folgenden Zeiten regelmäßig einnehmen:

(Name des Medikaments/der Medikamente, Tageszeiten, Dosierung, Art der Verabreichung)

O in folgenden Fällen erhalten:

(Beschreibung der Anlasssituation, Name des Medikaments, Dosierung, Art der Verabreichung)

---

### Erklärung des Erziehungsberechtigten

Hiermit erkläre ich, dass meine Tochter/ mein Sohn auf dem Mitarbeiterwochenende selbst Medikamente einnehmen darf oder ihr/ihm durch Mitarbeiter Medikamente verabreicht werden dürfen. Es ist mir bewusst, dass die pädagogischen Mitarbeiter keine medizinische Ausbildung besitzen.

Ich stelle hiermit ausdrücklich bezüglich der Verabreichung der oben genannten Medikamente die handelnden pädagogischen Mitarbeiter von jeglichen Haftungsansprüchen meinerseits oder meines Kindes frei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten