



Notfall- und Medikamentenvereinbarung

Kind: _____

geb. am: _____

Klasse/Klassenlehrkraft: _____

Hiermit ermächtige/n ich/wir

(Vor- und Zuname beider Erziehungsberechtigten)

die Lehrkräfte, Mitarbeiter der Schule und das Personal der Schulkindbetreuung folgendes
Medikament meinem/unserem Kind im Notfall zu verabreichen:

(Name des Medikaments, Dosierung, Lagerung)

Folgende/r Lehrkraft/SkiB-Mitarbeiter wurden durch mich/uns in die Notfall-Medikation
eingewiesen:

(Name der Lehrkraft, Datum der Einweisung)

(Name des SkiB-Mitarbeiters, Datum der Einweisung)

Über Änderungen der Medikation informieren wir die Schule/SkiB. Ebenso sorgen wir für die
Neubeschaffung von Medikamenten und die Entsorgung abgelaufener Medikamente.

Bemerkungen des Arztes bzw. der Erziehungsberechtigten (ggf. Rückseite):

Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Datum, Unterschrift des Arztes

Hinweis: Jede Lehrkraft und jeder Mitarbeiter der Schule/SkiB handelt bei der Medikamentengabe nach bestem Wissen und Gewissen. Wir können nicht gewährleisten, dass die Medikamentengabe stets medizinisch korrekt verläuft. Im Notfall wird von Seiten der Schule/SkiB ein Notruf abgesetzt. Ebenso werden die Eltern informiert. Von der Notfall- und Medikamentenvereinbarung erhalten alle beteiligten Parteien eine Kopie. Das Original wird in die Schülerakte geheftet.