

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG MEDIKAMENTENVERGABE HORTZEIT

Bitte zeitnah mit der aktuellen ärztlichen Verordnung im Schulbüro abgeben!

Name, Vorname Kind: _____

Mein/ unser Kind ist auf die Einnahme folgender Medikamente während der Hortzeit angewiesen:

Name des Medikamentes	morgens			mittags			nachmittags		
	vor dem Essen	zum Essen	nach dem Essen	vor dem Essen	zum Essen	nach dem Essen	vor dem Essen	zum Essen	nach dem Essen

Bitte die genaue Uhrzeit und die genaue Anzahl des Medikamentes (z.B.: 1 Teelöffel, 3 Tropfen, 1 ½ Tabletten usw.) eintragen.

Ich/ wir erklären uns damit einverstanden, dass meinem/ unserem Kind die Medikamente während der Hortzeit von den Mitarbeitenden von Leben mit Behinderung Hamburg verabreicht werden. Über jede Veränderung der Medikamentengabe werden die Mitarbeitenden umgehend informiert.

Benötigt ihr Kind ein Notfallmedikament? → Genauer Name? Wann genau soll es gegeben werden? Wieviel und wie genau? Wiederholungsgabe nötig?

Mein / unser Kind benötigt während der Hortzeit **keine Medikamente**.

Datum: _____

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten: _____