

Einverständniserklärung Medikamentenvergabe Anschluss- u. Ferienbetreuung

Kurt-Juster-Schule/ Lebenshilfe Hamburg

(Wir bitten darum, diese Einverständniserklärung mit der aktuellen Verordnung im Schulbüro abzugeben)

Name, Vorname Kind: _____

Mein/ unser Kind ist auf die Einnahme folgender Medikamente während der Betreuungszeit in der Anschluss- und/ oder Ferienbetreuung 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 tragen Sie hier die genaue Uhrzeit und die genaue Anzahl des Medikamentes (z.B. 1 Teelöffel, 1 Tropfen, 1 Tablette) ein.

Ich/ wir erklären uns damit einverstanden, dass meinem/ unserem Kind die Medikamente während der Betreuungszeit in der Anschluss- und/ oder Ferienbetreuung von Mitarbeitenden der SBLH- Lebenshilfe Hamburg gGmbH verabreicht werden. Ich/ wir sind verpflichtet, jede Veränderung in der Medikamentengabe die Mitarbeitenden umgehend zu informieren.

Benötigt Ihr Kind ein Notfallmedikament? Genauer Name? Wann genau soll es gegeben werden? Wieviel und wie genau? Wiederholungsgabe erforderlich?

Mein/ unser Kind benötigt während der Betreuungszeit in der Anschluss- und/ oder Ferienbetreuung keine Medikamente:

Datum: _____ Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten: _____