Einverständniserklärung Medikamentengabe

Herr/Frau	
wohnhaft in	

Ich/wir als Inhaberin/Inhaber der elterlichen Sorge für:

Name, Vorname:	
Geb.-Datum	

Meinem/unserem Kind/Mündel sind durch den Arzt:

Name:	
Anschrift mit Kontaktdaten:	

das/die zurzeit zu gebende Medikament/e verordnet worden.

Medikament/e	**Dosierung/ggf. Uhrzeit**			
	morgens	mittags	abends	nachts

☐ Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass _____
Name, Vorname des jungen Menschen

das/die oben **aufgeführte/n Medikament/e** lt. ärztlicher Dosierung durch die pädagogischen Fachkräfte der Pestalozzi-Stiftung

Bereich/Gruppe: _____ verabreicht werden.

☐ Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass zukünftig durch

- **ärztliche Verordnung und Dosierung zu gebende verschreibungspflichtige Medikamente** und
- **Bedarfsmedikamente**, welche frei verkäuflich und rezeptfrei – aber mit dem Arzt besprochen und von ihm abgestempelt sind –

durch die pädagogischen Fachkräfte der Pestalozzi-Stiftung,

Bereich/Gruppe: _____ verabreicht werden.

Die Sorgeberechtigten werden dann über die Medikamentenvergabe informiert. Die Information wird dokumentiert.

_____
Ort/Datum Unterschrift der Sorgeberechtigten