

Haftungsausschluss - Medikamentengabe



Name des Kindes: _____ geb: _____

Ort, Straße, Nr.: _____

Notfall- Telefonnummer: _____

Kinderarzt: _____

Telefonnummer / Arzt: _____

Medikament: _____ PZN: _____

Medikamentengabe

Uhrzeit			
Dosierung			
Wie bzw. womit (Wasser, Saft usw.)			

Ich fordere das pädagogische Fachpersonal der IBGS Grönauer Baum e.V. ausdrücklich auf, nach oben genannter Tabelle meinem Kind seine Medikamente während der Anwesenheit in der Betreuten Grundschule zu verabreichen. Für diesen Zweck überreicht der / die Erziehungsberechtigte persönlich eine kleine Menge der Medikamente an das pädagogische Fachpersonal, die dafür Sorge tragen dass diese verschlossen aufbewahrt werden.

Lübeck, den _____

Unterschrift der /des Erziehungsberechtigten

