

Erklärung bzgl. der Einnahme von Medikamenten

- Mein Sohn/meine Tochter nimmt regelmäßig das Medikament..... ein.

Wann? (bitte ankreuzen): morgens in folgender Dosis

mittags in folgender Dosis

abends in folgender Dosis

- Wir wünschen, dass (Zutreffendes bitte ankreuzen):

die Präfekten das Medikament im dafür vorgesehenen Schrank verwahren

die Präfekten dieses Medikament meinem Kind verabreichen

unser Kind die Aufbewahrung und Einnahme des oben genannten Präparats selbstständig regelt. Das Medikament wird mein Kind im **verschlossenen Wertfach** in seinem/ihrer Schrank aufbewahren.

- Im Falle temporär auftretender Beschwerden (Kopfschmerzen/Übelkeit/Halsweh o.ä.) bin ich einverstanden,

dass mein Kind nicht verschreibungspflichtige Präparate zur Linderung der Beschwerden einnehmen darf (z.B. Ibuprofen, Hustensaft, Halstabletten u.ä.).

dass mein Kind nur folgende Präparate zur Linderung der Beschwerden einnehmen darf:

.....

- Bitte geben Sie hier Vorschädigungen, Allergien gegen Medikamente und alles andere an, das wir zum Thema Krankheit und Medikamente über Ihr Kind wissen müssen.

.....

.....

.....

.....

Ort/Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

.....

.....