**Vereinbarung zur Verabreichung von Medikamenten im Rahmen der Klassenfahrt**

(Medikamentenzettel)

**Diagnose meines Kindes:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Verabreichung von Medikamenten durch die begleitenden Lehrkräfte im Rahmen der Schulbetreuung ist in Ausnahmefällen möglich, sofern nachfolgende Informationen vorliegen:

Name des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die nachfolgenden Medikamente soll mein Kind in folgender Form einnehmen (bitte ggf. Attest des Arztes beilegen):

Name des Medikamentes Darreichungsform des Medikamentes Zeitraum der Einnahme

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass die Leitung der Betreuungsmaßnahme diejenigen personenbezogenen Daten meines Kindes, die die Erkrankung betreffen, an die übrigen Betreuungspersonen weitergibt, sofern dies für den fürsorglichen Umgang mit dem Kind erforderlich ist.

Mir ist bewusst, dass die Verantwortung für die Verabreichung des o. g. Medikamentes bzw. der o. g. Medikamente bei mir bzw. den anderen Personensorgeberechtigten liegt.

Ich entbinde daher die Betreuungspersonen ausdrücklich von jeglicher Haftung in Bezug auf die Medikamentenverabreichung.

Bochum, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte/-r

Die vorstehende Erklärung habe ich gesehen und zur Kenntnis genommen. Die o.g. Medikamente habe ich erhalten.

Bochum, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Leitung der Betreuungsmaßnahme