



28.09.2009

## *Medikamenteneinnahme in der Schule*

Liebe Eltern,

bei Ihrem Kind \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_ ist vom Arzt eine Erkrankung festgestellt worden, die eine regelmäßigen Medikamenteneinnahme erforderlich macht.

Um eine möglichst gute Betreuung Ihres Kindes zu gewährleisten, benötigen wir folgende Angaben / Unterlagen von Ihnen:

- Unser Kind nimmt regelmäßig folgendes Medikament ein: \_\_\_\_\_
- Das Medikament soll während der Schulzeit eingenommen werden um \_\_\_\_\_ Uhr
- Eine ärztliche Bestätigung über die Verordnung und die Notwendigkeit der Einnahme während der Unterrichtszeit lege ich bei.
- Der behandelnde Arzt heißt \_\_\_\_\_ und ist unter folgender Telefon-Nr. zu erreichen: \_\_\_\_\_
- Wir entbinden die Pestalozzische Schule von der Schweigepflicht dem Arzt gegenüber.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Erklärung für den Fall, dass Ihr Kind während der Schulzeit Medikamente einnehmen muss:**

1. Sollte Ihr Kind nicht selbst im Stande sein, das Medikament einzunehmen, besteht innerhalb der Schule keine Verpflichtung für Lehrkräfte, bei dieser Medikamenteneinnahme mitzuwirken.
2. Wir Lehrer erklären uns jedoch freiwillig bereit, mit den Eltern eine schriftliche Vereinbarung zu treffen, bei der Medikamenteneinnahme behilflich zu sein. Dazu benötigen wir eine Freizeichnung des Haftungsausschlusses:

Wir übernehmen aus rein privater Gefälligkeit, dem Kind \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Tablette zu geben. Dafür übernehmen wir keine Haftung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Lehrkräfte