

Einverständniserklärung zur Medikamentenverabreichung

Schülername:

Bitte Foto einfügen

Klasse:

Geburtsdatum:.....

Krankheit:



Verordnetes Medikament und Dosis.

Aufbewahrung im Kühlschrank Ja Nein

Art und Zeit der Verabreichung:

Dauer der Verabreichung:

Nebenwirkungen, die für uns wichtig sind:

.....
.....

Kontakt Telefonnummer:

Ich, als Erziehungsberechtigter, erlaube den Krankenschwestern der ESM meinem Kind das Medikament zu verabreichen.

Datum

Unterschrift