
(Name, Vorname)

(Straße)

(PLZ, Ort)

An die

Karl-Wider-Schule

Oberamteistr. 9

78727 Oberndorf a.N.

Von der Schulleitung auszufüllen:

Für die Medikation verantwortliche Person:

Stellvertretung übernimmt:

Datum: _____

Unterschrift der Schulleitung

(Datum)

Medikation meiner Tochter / meines Sohnes _____, geb. _____

Sehr geehrte Schulleitung,

hiermit teile ich Ihnen mit, dass meine Tochter / mein Sohn _____ folgendes

(Name des Kindes)

Medikament _____ zur Behandlung von _____

(genaue Bezeichnung)

(Krankheit)

einnimmt.

Diesem Schreiben lege ich einen Bericht des behandelnden Arztes bei, das die Notwendigkeit der Medikation während der Schulzeit bescheinigt.

Ich bitte darum, die Einnahme von o.g. Medikament täglich um _____, unter Beachtung der

(Uhrzeit)

Dosierung von _____, zu kontrollieren.

(die in der Schule zu verabreichende Menge bzw. Angabe im mg/ml)

Des Weiteren versichere ich, dass ich keinerlei Haftungsansprüche insb. Schadensersatz-, oder Schmerzensgeldansprüche gegen die ausführende Lehrkraft, als auch Amtshaftungsansprüche gegen das Land, auf Grund der Einnahme des Medikamentes erfolgten Nebenwirkungen oder Folgeschäden o.ä., in Anspruch nehmen werde.

Ich bitte um Mitteilung, welche Lehrkraft für die Medikation verantwortlich ist und im Vertretungsfall verantwortlich sein wird.

Über eine Änderung der Dosierung oder gravierende Veränderungen der Medikation werde ich die Schule umgehend in Kenntnis setzen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten