Aufgabenübertragung durch die Personensorgeberechtigten an die Schule

Hiermit übertrage ich/übertragen wir _____ die Versorgung
(Name Personensorgeberechtigte)

meines/unseres Kindes mit den vom Arzt verordneten Medikamenten während der Schulzeit an

_____
(Name/Namen der ermächtigten Person/Personen)

Soweit keine Freistellung von der Haftung durch die Unfallkasse Sachsen-Anhalt vorliegt, stelle ich die Schule sowie die ermächtigte Person oder die ermächtigten Personen von der Haftung, die im Zusammenhang mit der übernommenen Versorgung entstehen kann, frei.

....
Ort, Datum Unterschrift Personensorgeberechtigte

Verordnung der Ärztin oder des Arztes

Name des Kindes: ..... geb. am: .....

Die unten angeführten Medikamente dürfen in der Schule verabreicht werden und müssen zu den genannten Tageszeiten oder im angegebenen Fall wie folgt eingenommen werden:

	Name des Medikamentes	Uhrzeit	Art der Verabreichung	Dosis	Dauer der Einnahme
1.					
2.					
3.					

....
Ort, Datum Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Schweigepflichtsentbindung

Den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin entbinde ich gegenüber

_____
(Name der Schule oder der ermächtigten Person/en)

insoweit von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, als es für die Verabreichung / Unterstützung bei der Verabreichung von Medikamenten notwendig ist.

....
Ort, Datum Unterschrift Personensorgeberechtigte