

Einwilligung zur Abgabe von Medikamenten in den schulergänzenden Tagesstrukturen Oberwil

Personalien Kind

Name, Vorname:

Mittagstisch Standort(e):

Wochentag(e) Betreuungsangebot:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Personalien Notfallkontakt(e)

Name, Vorname Mutter:

Adresse und Telefonnummer:

Name, Vorname Vater:

Adresse und Telefonnummer:

weitere Person:

Angaben zur Krankheit des Kindes

Angaben zur Medikamentenabgabe

Folgendes Medikament ist **regelmässig** abzugeben:

Dosierung und Tageszeit(en) Medikament:

Verfalldatum:

Vorgehen bei einem Anfall / im Notfall

Folgendes Medikament ist abzugeben:

Notfallkontakt(e) informieren Bemerkungen:

Krankenwagen rufen Bemerkungen:

weiteres:

Hinweis: Die Verantwortung für die richtige Dosierung und abgelaufene Medikamente zu ersetzen liegt bei den Erziehungsberechtigten. Die Haftung für die Abgabe oder Nichtabgabe von Medikamenten wird, soweit gesetzlich zulässig, ausgeschlossen.

Mit unserer Unterschrift erteilen wir den Betreuungspersonen der schulergänzenden Tagesstrukturen die Einwilligung, das oben erwähnte Medikament bei Bedarf und im Notfall abzugeben. Die notwendigen Auskünfte bezüglich dem Umgang mit der Krankheit unseres Kindes haben wir den Betreuungspersonen mitgeteilt.

Ort und Datum Unterschrift