

Grundschule Schenkendorf

Schenkendorfstr. 15 56068 Koblenz Fon: 0261/31218 Fax:0261/12461
sekretariat@schenkendorfschule.de www.gsschenkendorf.bildung.koblenz.de

Ermächtigung durch die Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Schulgesundheitsfachkraft **Melanie Seimetz-Göderz**

dem Kind _____
Nachname Vorname Geburtsdatum

ärztlich verordnete Medikamente (auch Salben, Globuli, etc.) zu verabreichen, gemäß dem
Behandlungsplan vom _____
Datum

Ich/wir entbinde/n die oben genannte Schulgesundheitsfachkraft von der Haftung durch
eventuell auftretende Folgen, allergische Reaktionen und Nebenwirkungen, die durch die
Einnahme/Verabreichung der Medikamente auftreten.

Die Originalverpackung der Medikamente sowie den Beipackzettel hinterlegen ich/wir bei
der Schulgesundheitsfachkraft für die Dauer der Einnahme/Verabreichung.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r*

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r*

*Die Einverständniserklärung ist von beiden Sorgeberechtigten zu unterschreiben. Unterschreibt nur ein
Sorgeberechtigter allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das alleinige Sorgerecht zusteht.

**Bei Änderungen des Behandlungsplans durch den Arzt werde/n ich/wir die
Schulgesundheitsfachkraft unverzüglich darüber in Kenntnis setzen.**