

# Frasnacht Primarschule

## Berechtigung zur Medikamentenabgabe in der SEB Frasnacht

Bitte durch die Erziehungsberechtigten ausfüllen lassen

Hiermit weise ich (Name und Vorname Erziehungsberechtigte Person)

\_\_\_\_\_

An meinem Kind (Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

Folgendes Medikament inkl. Wirkstoffmenge \_\_\_\_\_

mit der zu verabreichenden Dosierung: \_\_\_\_\_

um folgende Tageszeit \_\_\_\_\_

aufgrund folgender Gebreche/Symptome \_\_\_\_\_

zu verabreichen.

Dauer der Abgabe des Medikamentes: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wurde das Medikament ärztlich verschrieben: Ja  Nein

Besonderheiten/Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die SEB Frasnacht übernimmt keinerlei Haftung von abgelaufenen Medikamenten.  
Ich übernehme die Verantwortung für mögliche Folgen meines Auftrages:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Unterschrift SEB Mitarbeitenden Person: \_\_\_\_\_

Unterschrift Leitung/stv. Leitung SEB: \_\_\_\_\_

