



## Erklärung zur Medikamenteneinnahme

Hiermit gebe ich an, dass mein Kind (Vorname, Name), \_\_\_\_\_,

Klasse \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_, **folgende Medikamente** mit der jeweiligen **Dosierung** regelmäßig/ bei Bedarf einnimmt:

---

---

**Hierbei ist folgendes zu beachten:** (z.B. genaue Uhrzeit, Wechselwirkungen)

---

---

**Hier befinden sich die Medikamente während der Betreuungszeit:**

---

---

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

Falls mein Kind nicht mehr in der Lage sein sollte, die Medikamente im Notfall selbst einzunehmen, stimme ich zu, dass die aufsichtspflichtigen Betreuer bevollmächtigt sind, meinem Kind die Medikamente mit der oben benannten Dosierung zu verabreichen.

**(bei Nichtzutreffen ggf. letzten Abschnitt streichen)**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r