

Medikamentengabe bei einer Betreuung durch eine HelferIn von BIB e.V.

Mein Sohn / meine Tochter.....
geb. am
muss die nachfolgend aufgeführten Medikamente

zu folgenden Zeiten regelmäßig einnehmen:
(Name des Medikamentes/der Medikamente, Tageszeiten, Dosierung, Art der Verabreichung)

in folgenden Fällen erhalten:
(Beschreibung der Anlasssituation (z.B. epileptischer Anfall), Name des Medikamentes, Dosierung, Art der Verabreichung, was und wann muss etwas getan werden wenn das Medikament nicht zu einer Verbesserung führt)

Erklärung der Eltern/des/der Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich, dass meinem Kind, in der Zeit, in der es von HelferIn _____ betreut wird, Medikamente wie oben beschriebenen verabreicht werden sollen. Es ist mir bewusst, dass die HelferIn keine medizinische Ausbildung besitzt. Ich stelle hiermit ausdrücklich bezüglich der Verabreichung, der oben genannten Medikamente die handelnde HelferIn von jeglichen Haftungsansprüchen meinerseits oder meines Kindes frei. Die oben genannte Medikamentierung entspricht der ärztlichen Verordnung.

.....
Ort, Datum Unterschrift der Eltern/eines/einer Sorgeberechtigten