

**Am Trimmelter Hof 201, 54296 Trier**  
☎ 0651/91035-0 Fax: 0651/91035-34  
Email: whc-schule@whcs.lsjv.rlp.de  
Homepage: www.whc-schule.rlp.de



**RheinlandPfalz**

WILHELM-HUBERT-CÜPPERS-  
SCHULE  
LANDESSCHULE FÜR  
GEHÖRLOSE UND  
SCHWERHÖRIGE

---

Name, Vorname des/r Sorgeberechtigten

Datum

## Medikamentenvergabe in der Schule für das Kind

---

Name, Vorname

Klasse

Hiermit erklären wir, dass unserem Kind in der Schule durch eine Lehrkraft oder Pädagogische Mitarbeiterin die durch den Arzt festgelegten Medikamente regelmäßig oder in der beschriebenen Situation verabreicht werden. Es ist mir bewusst, dass weder die Lehrkraft noch die Pädagogische Mitarbeiterin eine medizinische Ausbildung besitzen.

Ich stelle hiermit ausdrücklich bezüglich der Verabreichung der Medikamente die handelnde Lehrkraft oder Pädagogische Mitarbeiterin von jeglichen Haftungsansprüchen unsererseits oder unseres Kindes frei.

Diese Einwilligung gilt ausschließlich für das laufende Schuljahr und muss stets jedes kommende Schuljahr im Bedarfsfall erneuert werden. Mögliche Änderungen bzgl. des Medikaments, Dosierung, o. ä. teilen wir der Schule unverzüglich mit.

---

(Unterschrift beider Sorgeberechtigten)



**Am Trimmelter Hof 201, 54296 Trier**  
☎ 0651/91035-0 Fax: 0651/91035-34  
Email: whc-schule@whcs.lsjv.rlp.de  
Homepage: www.whc-schule.rlp.de

Medizinische Indikation des Hausarztes

**Bescheinigung zur Vorlage in der Schule – Verabreichung von Medikamenten**

Hiermit halte ich es für medizinisch indiziert, dass die Schülerin/der Schüler

.....geb. am.....

die nachfolgend aufgeführten Medikamente:

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

in folgenden Fällen erhalten muss:  
(Beschreibung der Anlasssituation, Name des Medikamentes, Dosierung, Art der  
Verabreichung)

Die Sorgeberechtigten haben mich diesbezüglich von meiner Schweigepflicht befreit,  
für Rückfragen stehe ich telefonisch unter \_\_\_\_\_ zur Verfügung.

.....  
Ort, Datum Unterschrift und Stempel mit KV-Zulassungsnr. des Arztes/der Ärztin