



Birkenallee 21
49808 Lingen
Tel.: 0591/65205
Fax: 0591/6105380
E-mail: hort-trinitatis@web.de

Berechtigungserklärung zur Verabreichung von Medikamenten

Mein Kind

(Name, Vorname, Geburtstag)

...muss während des Besuches im Hort Trinitatis folgende(s)
Medikament(e) zu sich nehmen:

	Medikament	Dosis
1.		
2.		
3.		

Dieses / Diese Medikament(e) muss / müssen

vom _____ bis _____ eingenommen werden; sie
werden in hinreichender Anzahl an die Erziehungskräfte ausgehändigt.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass obige(s) Medikament(e) ärztlich
verordnet ist/sind.

Ich stelle den Hort Trinitatis und die jeweiligen Mitarbeiter(innen) frei von jeglicher
Verantwortung und Haftung. Dies gilt auch für den Fall, dass Personenschäden (auch
Dritter) durch die Einnahme der ausgehändigten Medikamente entstehen sollten.

(Ort, Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten)