

# Medikamentenabgabe SEB Amriswil



## Ermächtigung Medikamentenabgabe

Bitte durch die Erziehungsberechtigten ausfüllen lassen.

Hiermit weise ich (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_

an, meiner Tochter/meinem Sohn (Name, Vorname)

\_\_\_\_\_

folgende Medikamente

\_\_\_\_\_

mit der Dosierung \_\_\_\_\_ zu  
verabreichen.

Besonderheiten/Bemerkungen:

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

Die Schulergänzende Betreuung Amriswil übernimmt keinerlei Haftung von abgelaufenen Medikamenten.

Ich übernehme die Verantwortung für mögliche Folgen meines Auftrages.

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

Unterschrift Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Unterschrift Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_