

Medizinische Unbedenklichkeitsbescheinigung

Name der Schülerin / des Schülers:

Geburtsdatum:

Hiermit bestätige ich, dass die Verabreichung folgender Medikamente beziehungsweise die Durchführung medizinischer Hilfsmaßnahmen durch Beschäftigte der Schule erfolgen kann.

Art der Maßnahme:

Medikament / Dosierung

Medikament / Dosierung

Medikament / Dosierung

Medizinische Hilfsmaßnahme:

Medizinische Hilfsmaßnahme:

Medizinische Hilfsmaßnahme:

Sonstige Bemerkungen der Ärztin / des Arztes:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Ort, Datum, Unterschrift des Arztes)