

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR MEDIKAMENTENGABE

Name des Kindes/Patienten :

Angaben zur Medikamentengabe :

Name des Medikaments :

Dosierung und Häufigkeit :

Einnahmezeitraum :

Angaben zur Person, die die Medikamente verabreicht :

Name :

Telefonnummer :

Rechtliche Hinweise und Einwilligung :

Hiermit erteile ich mein ausdrückliches Einverständnis, dass das oben genannte Kind/Patient die oben beschriebenen Medikamente durch die benannte Person erhalten darf. Mir ist bekannt, dass die Verantwortlichen sorgfältig mit der Medikamentengabe umgehen und ich über mögliche Nebenwirkungen informiert wurde. Ich bestätige, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe.

Haftungsausschluss :

Die Einrichtung sowie die mit der Medikamentengabe betrauten Personen übernehmen keine Haftung für Schäden, die durch nicht angegebene Allergien, Nebenwirkungen oder falsche Angaben entstehen. Diese Einverständniserklärung gilt ausschließlich für die hier aufgeführten Medikamente.

ORT, DATUM:

UNTERSCHRIFT ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://dokumentklar.com/einverständniserklärung-medikamentengabe-muster/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://dokumentklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.