

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur VERABREICHUNG / VERWENDUNG von MEDIKAMENTEN

Ich bin einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn \_\_\_\_\_

- die in der **ärztlichen Verordnung** genannten Medikamente in Eigenverantwortung (selbständig) einnehmen darf bzw. muss.
- die **nicht rezeptpflichtigen** Medikamente in Eigenverantwortung (selbständig) einnehmen darf bzw. muss.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Anlage: Ärztliche Verordnung