

Ort und Datum



Medizinisch – pflegerische Versorgung in der Schule <u>Umgang mit Medikamenten</u>

Ärztliche Bescheinigung/Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Name des Schü	ilers/der Schülerin:					
Ganztagesmed	likation					
Medikament:						
Dosierung:						
Uhrzeit:						
•	Schüler/in müssen ufgeführte Medikan breicht werden:		•			
Medikament:						
Dosierung:						
Uhrzeit:						
Für den Fall ein	er/eines					
ist die Verabreid	chung des Notfallme					
in folgender Dos	sierung		□ sofort	□ nach _	Minute	en notwendig.
	i					
Name/Anschrift	/Tel. Nr. des Arztes	:				
Ort und Datum				Unterschrift des	Arztes	
Name/Anschrift	der Erziehungsber	echtigte	en:			
uns, Veränder Schule mit zu t geben. Haltbar	en die Schule, die ungen vom beha teilen. Die Medikar keit nach Anbruch edikament ist nac	ndelte mente ı beach	n Arzt direl in Originalv nten (mit Da	kt beschein erpackung/E tum versehe	igen zu l 3eipackze en)!	lassen und der ettel sind mit zu

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten