

Medizinisch – pflegerische Versorgung in der Schule

Umgang mit Medikamenten

Ärztliche Bescheinigung/Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Name des Schülers/der Schülerin: _____

Ganztagesmedikation

Medikament:				
Dosierung:				
Uhrzeit:				

Dem/der o.g. Schüler/in müssen in der **Schule, während der üblichen Unterrichtszeit**, nachstehend aufgeführte Medikamente zu den angegebenen Zeiten in der angegebenen Dosierung verabreicht werden:

Medikament:			
Dosierung:			
Uhrzeit:			

Für den Fall einer/eines _____

ist die Verabreichung des Notfallmedikamentes _____

in folgender Dosierung _____ sofort nach ___ Minuten notwendig.

Besonderheiten: _____

Name/Anschrift/Tel. Nr. des Arztes: _____

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes

Name/Anschrift der Erziehungsberechtigten: _____

Wir beauftragen die Schule, die Verordnung des Arztes auszuführen. Wir verpflichten uns, Veränderungen vom behandelten Arzt direkt bescheinigen zu lassen und der Schule mit zu teilen. Die Medikamente in Originalverpackung/Beipackzettel sind mit zu geben. Haltbarkeit nach Anbruch beachten (mit Datum versehen) !

Das flüssige Medikament ist nach Anbruch Wochen verwendbar!

Ort und Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten