

Inhalation: Medizinische–Pflegerische Versorgung in der Schule

Name des Schülers /der
Schülerin: _____

- Der/die o.g. Schüler/in muss in der Schule zu folgenden Zeiten inhalieren:
_____ Uhr _____ Uhr
- Oder inhalieren bei Bedarf: Die Eltern teilen den Lehrern den Bedarf mit

Anordnung:

- Medikament : _____
- Dosierung : _____
- Inhalationsgerät : _____

Besonderheiten:

Name /Anschrift des Arztes _____

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Name/ Anschrift der
Erziehungsberechtigten: _____

Wir beauftragen die Schule, die Verordnung des Arztes, von einer ausgebildeten Fachkraft des festangestellten Pflegeteams oder vom unterwiesenen Lehrer durchführen zu lassen. Wir verpflichten uns, Veränderungen direkt schriftlich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtig