

Medizinisch–pflegerische Versorgung in der Schule Umgang mit Medikamenten

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 _____
ist die Verabreichung des **Bedarfsmedikamentes** _____
in folgender Dosierung _____ erforderlich.

Für den Fall einer/eines _____
ist die Verabreichung des **Notfallmedikamentes** _____
in folgender Dosierung _____ sofort nach ___ Minuten notwendig.

Besonderheiten: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

Wir beauftragen die Schule, die vorseitige Verordnung des Arztes auszuführen.

Wir verpflichten uns, der Schule die benötigten Medikamente in Originalverpackung mit Beipackzettel zur Verfügung zu stellen sowie Veränderungen direkt mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Selbständige Einnahme von Medikamenten

Unsere Tochter/unser Sohn nimmt folgende Medikamente selbständig ein:

Medikament:			
Dosierung:			
Uhrzeit:			

Ort und Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten