

**Medizinisch–pflegerische Versorgung in der Schule**  
**Umgang mit Medikamenten**  
*(bitte nach 12 Monaten aktualisieren)*

Name des Schülers /der Schülerin: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**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/unsere Sohn nimmt folgende Medikamente selbständig ein:

Medikament:			
Dosierung:			
Uhrzeit:			

---

Ort und Datum

---

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten