

## Medizinische –Pflegerische Versorgung in der Schule Inhalation

Name / Anschrift des Arztes:

---

---

Name des Schülers /der Schülerin:

---

Der/die o.g. Schüler/in muss in der Schule ....X inhalieren:

- Inhalationsgerät:
- Basislösung:
- Medikament:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

Name/ Anschrift der Erziehungsberechtigten:

---

---

Wir beauftragen die Schule, die Verordnung des Arztes, von einer ausgebildeten Fachkraft des festangestellten Pflorgeteams, Lehrer durchführen zu lassen.

Wir sind über den vorgeschriebenen Standard informiert und werden sterilen Materialien für die Versorgung unseres Kindes zur Verfügung stellen. Die Reinigung, Wartung und die Desinfektionsmaßnahmen des Inhalationsgerätes werden von uns entsprechend Herstellerangabe durchgeführt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten