

**Verordnung/**  
**Einverständniserklärung**  
**für die medizinisch- pflegerische Versorgung in der Schule:**  
**Applikation von Insulin**

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

Der/die o.g. Schüler/in erhält in der Schule Insulin:

Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Arztes)

Anschrift/ Tel. des Arztes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anschrift/ Tel. der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir beauftragen die Schule, die Verordnung des Arztes, von einer ausgebildeten Fachkraft der Krankenpflege nach dem LWL Pflegestandard durchführen zu lassen.

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

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)