

**Verordnung/**  
**Einverständniserklärung**  
**für die medizinisch- pflegerische Versorgung in der Schule:**  
**Absaugen der Atemwege**

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

Der/die o.g. Schüler/in muss in der Schule abgesaugt werden:

nasal                       oral                       tracheal

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 Absauggerätes werden von uns entsprechend Herstellerangaben durchgeführt.

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

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