

Ärztliche Bescheinigung-Medikamenteneinnahme
Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

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 einer/eines _____

ist die Verabreichung des Notfallmedikamentes _____

in folgender Dosierung _____ sofort nach ___ Minuten notwendig.

Besonderheiten: _____

Name/Anschrift/Tel. Nr. des Arztes: _____

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes

Name/Anschrift der Erziehungsberechtigten: _____

Wir beauftragen die Schule, die Verordnung des Arztes auszuführen. Wir verpflichten uns, Veränderungen direkt mit zu teilen. Originalverpackung/Beipackzettel

Ort und Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

-Rückseite: selbständige Einnahme von Medikamenten-

Selbständige Einnahme von Medikamenten

Unsere Tochter/unsere Sohn nimmt folgende Medikamente selbständig ein:

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| Medikament: | | | |
| Dosierung: | | | |
| Uhrzeit: | | | |

Ort und Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten