

**Medizinische –Pflegerische Versorgung in der Schule
Inhalation**

Name des Schülers /der Schülerin:

Der/die o.g. Schüler/in muss in der Schulemal täglich /bei Bedarf inhalieren:

- Inhalationsgerät:
- Basislösung:
- Medikament:

Name / Anschrift des Arztes:

Unterschrift des Arztes

Name/ Anschrift der
Erziehungsberechtigten:

Wir beauftragen die Schule, die Verordnung des Arztes von einer ausgebildeten Fachkraft des festangestellten Pflorgeteams, oder einem angeleiteten 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 der Herstellerangabe, durchgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.