

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

Name des Schülers/der Schüler/in: _____

Der/die o.g. Schüler/in soll in der Schule folgendes Insulin nach Anordnung erhalten:

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 der Herstellerangaben durchgeführt.

Ort und Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten