

**Medizinisch – pflegerische Versorgung in der Schule**  
**Umgang mit Medikamenten**

**Ärztliche Bescheinigung/Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten**

Name des Schülers/der Schülerin:

**Ganztagesmedikation**

<b>Medikament:</b>				
<b>Dosierung:</b>				
<b>Uhrzeit:</b>				

Dem/der o.g. Schüler/in müssen **in der Schule, während der Unterrichtszeit, nachstehend aufgeführte Medikamente** zu den angegebenen Zeiten in der angegebenen Dosierung verabreicht werden

Dem/der o.g. Schüler/in				
Dosierung:				
Uhrzeit:				

Für den Fall einer/eines \_\_\_\_\_ ist die **Verabreichung des Notfallmedikamentes:**

in folgender **Dosierung** \_\_mg,  **sofort**, oder **nach** \_\_ **Minuten notwendig.**

Name/Anschrift/Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Arztes u. Stempel

Name/Anschrift der Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Erziehungsberechtigten