

# Medikamente

Name SchülerIn: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

KlassenlehrerIn / beauftragte Person: \_\_\_\_\_

Folgende unten aufgelistete Medikamente sollen meinem Kind gegeben bzw. die Einnahme der Medikamente durch mein Kind überwacht werden.

\_\_\_\_\_ Datum

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

## Aktuelle / regelmäßige Medikamentengabe

| Medikament <sup>1</sup> | Dosierung          |                    |                    | Zeitraum<br>(Beginn / Ende<br>der Verordnung) | Name<br>des Arztes | Datum | Unterschrift Arzt <sup>2</sup> |
|-------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---|--------------------|-------|--------------------------------|
|                         | Uhrzeit /<br>Menge | Uhrzeit /<br>Menge | Uhrzeit /<br>Menge |   |                    |       |                                |
|                         |                    |                    |                    |   |                    |       |                                |
|                         |                    |                    |                    |   |                    |       |                                |
|                         |                    |                    |                    |   |                    |       |                                |
|                         |                    |                    |                    |   |                    |       |                                |

## Notfallmedikamente (z. B. Diazepam)

| Anlass / Notfall | Medikament <sup>1</sup> | Dosierung<br>(Menge, Anzahl, etc.) | Name<br>des Arztes | Datum | Unterschrift Arzt <sup>2</sup> |
|------------------|-------------------------|------------------------------------|--------------------|-------|--------------------------------|
|                  |                         |                                    |                    |       |                                |
|                  |                         |                                    |                    |       |                                |

(bitte auch Hinweis: nach welcher Zeit (Minuten) ein Notfallmedikament gegeben werden soll)

## Weitere Hinweise

(z. B. hinsichtlich der Einnahme der Medikamente – vor / während / nach dem Essen; Beschreibung der möglichen Notfälle – falls der Platz nicht ausreichend sein sollte: bitte gesondertes Blatt verwenden)

---



---



---

<sup>1</sup> wir möchten Sie bitten – wenn möglich – eine Kopie des Beipackzettels mit in die Schule zu schicken

<sup>2</sup> oder schriftliche Anweisung des Arztes auf einem gesonderten Blatt / Attest → hier dann bitte: kurzer Verweis