

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 ¹	Dosierung			Zeitraum (Beginn / Ende der Verordnung)	Name des Arztes	Datum	Unterschrift Arzt ²
	Uhrzeit / Menge	Uhrzeit / Menge	Uhrzeit / Menge				

Notfallmedikamente (z. B. Diazepam)

Anlass / Notfall	Medikament ¹	Dosierung (Menge, Anzahl, etc.)	Name des Arztes	Datum	Unterschrift Arzt ²

(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)

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

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