



Ärztliche Verordnung zur Verabreichung von Medikamenten in der Schule
(vom Arzt auszufüllen)

Name des Schülers / der Schülerin: _____

Diagnose: _____

- Dem Schüler / der Schülerin soll während des Schulbesuchs folgendes Medikament **regelmäßig** durch das Schulpersonal verabreicht werden:

Medikament: _____

Dosis: _____

Art der Verabreichung: _____

Zeitpunkt: _____

- Dem Schüler / der Schülerin soll folgendes Medikament durch das Schulpersonal **bei Bedarf** als **Notfallmedikament** verabreicht werden:

Indikation: _____

Medikament: _____

Dosis: _____

Art der Verabreichung: _____

Verabreichung des Notfallmedikaments nach _____ Minuten Anfallsdauer.

Bei anhaltendem Krampfanfall nochmalige Verabreichung des Notfallmedikaments nach weiteren _____ Minuten.

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift des Arztes _____

Auftrag (von den Erziehungsberechtigten auszufüllen)

Hiermit beauftrage/n ich/wir die Schule, unserem Kind _____ während des Schulbesuches die oben aufgeschriebenen Medikamente zu verabreichen:

Ort, Datum _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten _____



Notfallinformation

Name: _____ Klasse: _____ Schuljahr: _____

Bild

Diagnose: _____

Telefonnummern der Eltern: _____

Adresse der Eltern: _____

Vorgehensweise im Notfall:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Ärztliche Verordnung und Auftrag der Eltern zur Verabreichung von Notfallmedikamenten liegt vor: ja nein

Rettungsdienst, Notarzt:

112

Sekretariat der Schule:

07151 / 5001-4560

Hae; SSD, Notfall, ärztl. Verordnung; 20171009