**Medikation in der Schule und zu Hause**

Die Angaben können unter Umständen wichtig für einen Notarzt sein!

Bitte zutreffendes ankreuzen

Name der Schülerin/des Schülers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meine Tochter/mein Sohn benötigt keine Medikation. (Bestätigung durch Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Meine Tochter/mein Sohn benötigt außerhalb der Schulzeit eine Medikation. (Bestätigung durch Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Ich beantrage hiermit, nachstehend aufgeführte ärztlich verordnete Medikamente zu den angegebenen Zeiten an meine Tochter/

meinen Sohn während der Schulzeit auszugeben.

Meine Tochter/mein Sohn bringt nachstehende Medikamente mit und nimmt diese während der Anwesenheit in der Schule **selbstständig** (auch BTM-Medikamente) ein. Das Notfallmedikament bitte ich jedoch laut ärztlicher Verordnung zu verabreichen.

**Notfallmedikation**

Für den Notfall (genaue Beschreibung der Notfallsituation):

bitte ich um sofortige Verabreichung des Medikamentes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in folgender Dosierung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bitte ich um die Verabreichung des Medikamentes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nach\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Minuten in folgender Dosierung\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bitte wenden (Seite 1 von 2)

**Es dürfen nur ärztlich verordnete Medikamente aus Originalverpackungen mit entsprechendem Beipackzettel ausgegeben werden.**

**Bei Änderungen in der Medikation ist entsprechend ein neuer Bogen mitzubringen!**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikamente** |  | **Zu Hause** | **in der Schule 8:30 Uhr bis 15:00 Uhr** | | | | **Zu Hause** |
| in mg. o.ä. | **BTM**  **(„x“)** | Zeit/Dosis | **8:30-10:00 Zeit/Dosis** | **10:00-12:00 Zeit/Dosis** | **12:00-14:00 Zeit/Dosis** | **14:00-15:30 Zeit/Dosis** | Zeit/Dosis |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Stempel, Datum, Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes) (Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)