

Einnahme von Medikamenten während der Klassenfahrt

Name, Vorname des Schülers: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Sorgeberechtigte

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon privat: _____

Mobil: _____

Dienstlich: _____

Diagnose(n): _____

Medikamente: Bitte geben Sie alle **Medikamente** mit **genauer Dosierung, Uhrzeit** an.

Name des Medikaments / Stärke	Dosierung	Einnahmezeit
Notfallmedikament / Dosis	Beschreibung des Notfalls	Angaben zum genauen Verabreichungszeitpunkt

--	--	--

!Hinweis! Bitte geben Sie uns die entsprechenden Medikamente stets in Originalverpackung mit medizinischem Beipackzettel mit!

Zu beachtende Besonderheiten während der Klassenfahrt(z.B. Allergien, Ängste etc.)

Vollmacht

Hiermit beauftrage ich _____ meinem Kind

die o.g. Medikamente zu verabreichen

Datum, Unterschrift gesetztl. Vertretung

Datum, Unterschrift gesetztl. Vertretung

Datum, Unterschrift/Stempel
behandelnde/r Ärztin/Arzt