

Medikamentengabe in der Schule

Name der Schülerin / des Schülers

Vorname

Geburtstag

Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:

	1. _____ Name des Medikaments	2. _____ Name des Medikaments	3. _____ Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Bemerkung / Dauer der Einnahme:			

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich / wir _____,
Name der Eltern / der Sorgeberechtigten

dass _____
Name der ermächtigten Person

meinem / unserem Kind _____, die oben genannten Medikamente
Vorname und Name des Kindes
zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / der Sorgeberechtigten