

Ärztliche Medikamentenverordnung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Folgende Medikamente werden regelmäßig gegeben:
(bitte vermerken Sie Name, Dosis und Uhrzeit)

Medikament	Vor dem Unterricht	In der Unterrichtszeit von 07:50 – 15 Uhr	Nach dem Unterricht

Folgende Medikamente sind Notfall-Medikamente!

Medikament	Art der Beschwerden	Dosis, Stärke, Zeitraum	Weitere Maßnahmen

Diese Anweisung gilt bis: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

Erklärung

Hiermit erklären wir, die Eltern von _____,
geboren am _____, dass unserem Kind in der
Landskronschule Oppenheim durch eine Lehrkraft oder eine/n
Pädagogischen Mitarbeiter/in die durch den Arzt festgelegten Notfall-
Medikamente in einem Notfall (z.B. bei einem epileptischen Anfall)
verabreicht werden dürfen.

Wir stellen bezüglich der Verabreichung der Notfall-Medikamente die
handelnde Lehrkraft oder die/ den handelnde/n Pädagogische/n
Mitarbeiter/in von jeglichen Haftungsansprüchen unsererseits und
unseres Kindes frei.

Ort, Datum

Unterschrift

Medikamentenplan

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Datum	Medikament	Morgens	Mittags	Abends