

## 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