

Medikamente

Name d. Kindes: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Krankenkasse: _____

Versicherter: _____ geb. am: _____

Hausarzt: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Meine Tochter / mein Sohn erhält **insgesamt** folgende Medikamente (zu Hause und in der Schule)

Medikament	Dosierung	Medikament	Dosierung

In der Schule bitte ich die nachstehend aufgeführten Medikamente meinem Kind zu verabreichen. Gleichzeitig stelle ich die Schule am Marsbruch, LWL-Förderschule, Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung, Dortmund, bzw. die Mitarbeiter/innen der Schule von sämtlichen Regressansprüchen frei.

Änderungen in der Medikationsgabe werde ich der Schule umgehend schriftlich mitteilen.

Medikament	1. Ausgabe		2. Ausgabe		3. Ausgabe	
	Dosis	Zeit	Dosis	Zeit	Dosis	Zeit

Notfallmedikament: _____ Gabe nach _____ Minuten

Merkmale / Anzeichen eines Krampfes: _____

Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Medikationsangaben:

Datum, Unterschrift/Stempel des/der behandelnden Arztes/Ärztin