

Marsbruchstr. 176 | 44287 Dortmund | Tel.: 0231 / 53470-2100 | Fax: 0231 / 53470-2103 | schule-am-marsbruch@lwl.org | www.marsbruch.net

Medikationsanweisung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name des Kindes: |       | Geburtsdatum: |       |
| Anschrift: |       | Telefon: |       |
| Krankenkasse: |       |  |  |
| Arztpraxis: |       |  |  |
| Anschrift: |       | Telefon: |       |

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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schule von sämtlichen Regressansprüchen frei. **Bei Änderungen der Medikamente oder der Ausgaben informiere ich die Schule sofort schriftlich.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medikament** | **1. Ausgabe** | **2. Ausgabe** | **3. Ausgabe** |
| **Uhrzeit** | **Dosis** | **Uhrzeit** | **Dosis** | **Uhrzeit** | **Dosis** |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Notfallmedikament**: |       | Gabe nach |    | Minuten |

|  |  |
| --- | --- |
| **Merkmale oder Anzeichen eines Krampfes**: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Eltern und Erziehungsberechtigte** | **Behandelnde Ärztin oder behandelnder Arzt** |
|  | Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obigen Medikationsgaben. |
|  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |       |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |       |

 |
|  |  |
|

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |

 |
| Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) | Unterschrift und Stempel der Arztpraxis |