

Medikamente

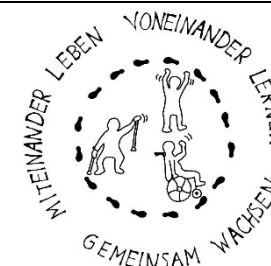
Eltern-Einverständnis und ärztliche Verordnung

LVR-Donatus-Schule

Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung

Donatusstraße 39-41

50259 Pulheim-Brauweiler



Name, Vorname des Schülers/der Schülerin

Geburtsdatum

Diagnose/Begründung für Medikamentengabe

Medikament/Handelsname/ Applikationsform	Einnahme außerhalb der Schulzeit		Einnahme während der Schulzeit					
	Zeit	Dosis	Zeit	Dosis	Zeit	Dosis	Zeit	Dosis

Notfallmedikation

Für den **Notfall** (genaue Beschreibung der Notfallsituation): _____

bitten wir um die Verabreichung des **Medikamentes**: _____ nach _____ Minuten.

(Bezeichnung, Dosis, Applikationsform)

Name, Vorname (Druckschrift) und **Unterschrift ALLER Erziehungsberechtigten** erforderlich

Datum/Stempel/Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Die Medikamente werden bitte vom pädagogischen/examinierten Pflorgeteam der Schule verabreicht

Mit den geleisteten Unterschriften erklären die Erziehungsberechtigten alle Änderungen dieser Verordnung dem examinierten Pflegepersonal der Schule unverzüglich mitzuteilen. Abgelaufene oder nicht mehr benötigte Medikamente werden dem Schüler/der Schülerin mit nach Hause gegeben. Den Erhalt bitte im Donatusplaner quittieren.