

Ärztliche Bescheinigung zur Verabreichung von (Notfall-)Medikamenten während der Unterrichtszeit an der Eichelbergschule Berka/Werra für ...

Name Schüler/-in _____

Ärztliche Verordnung (Angabe, welche med. Hilfsmaßnahme in der Schule angezeigt ist – z.B. „Gabe von: Notfallmedikament xy inkl. Stärke“ oder „Regelmäßige Gabe von: Medikamentenname inkl. Stärke“ etc.):

--

Medizinische Diagnose (Angabe nicht verpflichtend, kann jedoch im Notfall hilfreich sein):

--

Tägliche Anwendungszeiten/Dauer:

1. Name des Medikaments/Medikamentenstärke:		
Verabreichungszeit(en)	Dosierung	Art der Einnahme

2. Name des Medikaments/Medikamentenstärke:		
Verabreichungszeit(en)	Dosierung	Art der Einnahme

Notfallmedikamente / Notfallmaßnahmen (bitte angeben, wann bzw. in welchem Fall das Notfallmedikament gegeben werden soll, inkl. Name, Medikamentenstärke und Dosierung):

--

Über jedwede Änderung der Medikation wird die Schule umgehend schriftlich informiert.

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes
