

Ärztliche Bescheinigung über die Ausgabe verordneter Medikamente

Name des Schülers/der Schülerin

Vorname

Geburtsdatum

Medikamente	Zuhause		In der Schule 8:30 Uhr bis 15:30 Uhr						Zuhause	
	Zeit	Dosis	Zeit	Dosis	Zeit	Dosis	Zeit	Dosis	Zeit	Dosis

Notfallmedikation:

Für den Notfall (genaue Beschreibung der Notfallsituation) _____

bitte ich um die Verabreichung des Medikamentes _____

nach _____ Minuten in folgender Dosierung _____

Nach Gabe des Notfallmedikamentes werden die Personensorgeberechtigten informiert.

Können diese ihr Kind aus dringenden Gründen nicht selber abholen, darf das Kind aus ärztlicher Sicht mit dem Schulbus nach Hause transportiert werden.

Ja

Nein

Stempel , Datum und Unterschrift der des behandelnden Ärztin/Arztes