Ärztliche Bescheinigung zur Verabreichung von (Notfall-)Medikamenten während der Unterrichtszeit an der Wartbergschule Friedberg 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.):

- z.B. „Regelmäßige Gabe von: Name Medikament inkl. Medikamentenstärke in mg“
- z.B. „Gabe von Notfallmedikament: Name Medikament inkl. Medikamentenstärke in mg“

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

- z.B. „Harninkontinenz“
- z.B. „Epilepsie“

Tägl. Anwendungszeiten/Dauer (Vollständiger Name des Medikamentes und Medikamentenstärke in mg):

1. Name des Medikaments/Medikamentenstärke: Medikamentenstärke (in mg) nicht vergessen!		
Verabreichungszeit(en)	Dosierung	Art der Einnahme
z.B. 9.00 Uhr	z.B. 5 Tropfen	oral
z.B. 12.00 Uhr	z.B. 1 Tablette	oral
z.B. 12.00 Uhr	z.B. 1 Zäpfchen	rectal

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

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

Beispiel:
Bei Krampfanfall von mehr als „xx“ Minuten:
Vollständiger Name des Medikamentes und Medikamentenstärke in mg sowie Anwendung z.B. „rectal“ oder „Spritze in Wangentaschen“ o.ä.; ggf. Ansprechpartner bei Krampfanfall: Eltern, Hausarzt, Notarzt

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

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes