

Einwilligungserklärung zur Verabreichung von Medikamenten 8/ 2022

Unterschrift des verordnenden Arztes und Einwilligung der Eltern, Erziehungsberechtigten oder Mitarbeiter/-innen hinsichtlich der Verabreichung von Medikamenten an Schüler/-innen bzw. der selbständigen Einnahme durch Schüler/innen. Veränderungen in der Medikation müssen unverzüglich mitgeteilt werden. (Die Verwahrung / Verabreichung erfolgt nach Dienstanweisung.)

Name der Schülerin / des Schülers : _____

Klasse: _____ Schuljahr: _____

Medikamente täglich:				
Diagnose oder Grund:				
Verschreibungspflichtig ?				
Verwahrung durch: (Schüler/in, Lehrer/in, Mediz. Dienst oder Integrationshelfer/in)				
Verabreichung durch : (Schüler/in selbst, Lehrer/in, Mediz. Dienst oder I-helfer/in)				
Zeitpunkt der Verabreichung und Dosis	vor / zu / nach Mahlzeit oder Uhrzeit	vor / zu / nach Mahlzeit oder Uhrzeit	vor / zu / nach Mahlzeit oder Uhrzeit	vor / zu / nach Mahlzeit oder Uhrzeit
	morgens	morgens	morgens	morgens
	mittags	mittags	mittags	mittags
	abends	abends	abends	abends
	nachts	nachts	nachts	nachts
Medikamente im Notfall:				
Verschreibungspflichtig ?				
Verwahrung durch: (Schüler/in, Lehrer/in, Medizinischer Dienst oder Integrationshelfer/in)				
Verabreichung durch : (Schüler/in selbst, Lehrer/in, Medizinischer Dienst oder Integrationshelfer/in)				
Symptome :				
Maßnahme :				
Einwilligung Eltern, Erziehungsberechtigte, Mitarbeiter/innen	_____ Datum Unterschrift			
Unterschrift der / des verordnenden Ärztin / Arztes	_____ Datum Unterschrift			