

# Medikamentengabe in der Schule

(vom Arzt auszufüllen)

\_\_\_\_\_  
Name der Schülerin/ des Schülers

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

**Folgende Medikamente müssen zu den genannten Tageszeiten eingenommen werden:**

	1. Name des Medikamentes	2. Name des Medikamentes	3. Name des Medikamentes
Morgens	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Mittags	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____	Uhrzeit: _____ Dosierung: _____
Bemerkung/ Dauer der Einnahme:			

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

## Ermächtigung der Eltern / der Sorgeberechtigten

Hiermit ermächtige/-n ich/wir \_\_\_\_\_,  
Name der Eltern/Sorgeberechtigten

Frau/ Herrn \_\_\_\_\_,  
Name der ermächtigten Person

meinem/unserem Kind \_\_\_\_\_, die o.g. Medikamente  
Vorname und Name des Kindes  
zu den angegebenen Zeiten zu verabreichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Eltern/Sorgeberechtigten