



Ärztliche Bescheinigung und Antrag auf Ausgabe ärztlich verordneter Medikamente in der Förderschule

Name des Schülers

Vornamen

Geburtsdatum

- a) Ich / wir bitte/n, nachstehend aufgeführte Medikamente zu den angegebenen Zeiten **gemäß ärztlicher Verordnung** an o.g. SchülerIn auszugeben.

Medikament	1. Ausgabe		2. Ausgabe		3. Ausgabe	
	Dosis	Zeit	Dosis	Zeit	Dosis	Zeit

- b) Für den Fall einer / eines _____
bitte ich um Verabreichung der / des Notfallmedikamente/s:

in folgender Dosierung (auch Besonderheiten angeben, z.B. Gabe nach ... Minuten):

- c) Allergien / Narkosemittelverträglichkeiten / Bemerkungen:

Datum, Unterschrift, Stempel des / der behandelnden Arztes / Ärztin

Änderungen in der Medikation (z.B. anderes Medikament, andere Dosierung) werde/n
ich / wir unverzüglich der Schule mitteilen.

Datum, Unterschrift des / des Erziehungsberechtigten

vom Schulpersonal auszufüllen:

Lagerort Medikament/e: _____

Lagerort Notfallmedikament/e: _____