

Zutreffendes bitte ankreuzen

Information über die Ausgabe von Medikamenten

Name des Schülers/ der Schülerin Vorname Geburtsdatum

<input type="checkbox"/>	Mein Kind benötigt keine Medikamente.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Mein Kind benötigt regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente vor bzw. nach Schule .
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Mein Kind benötigt regelmäßig ärztlich verordnete Medikamente während der Schulzeit .
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Mein Kind benötigt ein ärztlich verordnetes Notfallmedikament .
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Mein Kind benötigt zeitlich begrenzt ein Medikament auch während der Schulzeit.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Dieses Medikament ist ärztlich verordnet.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Dieses Medikament ist ohne Rezept zu kaufen.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Mein Kind nimmt die Medikamente selbstständig ein.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<p>Ich/Wir beauftrage/n die Schule, die Medikamente während der Schulzeit auszugeben. Ich erkläre mich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Ausgabe der Medikamente sowohl durch examiniertes Pflegepersonal als auch durch Lehrkräfte geschieht..</p> <p>Ich verpflichte mich /Wir verpflichten uns, der Schule die benötigten Medikamente in Originalverpackung mit Beipackzettel zur Verfügung zu stellen sowie Änderungen der Medikation unverzüglich der Schule schriftlich mitzuteilen.</p>
--------------------------	---

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte