

Angaben zu möglichen medizinischen Notfällen

Angaben zum Kind

Name, Vorname:

geb. am:

Bei meinem/unserem Kind liegen Erkrankungen vor, die zu lebensbedrohlichen Situationen führen können.

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte hier eintragen:

Mein Kind muss regelmäßig **selbstständig** Medikamente einnehmen.

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche:

ärztlich vorgeschriebene Dosierung:

Aufbewahrungsort der Medikamente:

Falls ein **Notfallmedikament** unter Aufsicht ausgegeben oder verabreicht werden muss, ist eine zusätzliche, ärztlich bestätigte Verordnung zur Medikamentengabe notwendig.

Ist das Original dieser Verordnung im Sekretariat der Schule hinterlegt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welches Notfall-Medikament:

ärztlich vorgeschriebene Verabreichungsform und Dosierung:

Aufbewahrungsort des Medikaments:

Änderungen dieser Angaben teile ich/teilen wir der Schule unverzüglich schriftlich mit.

Ort, Datum

Unterschrift der/des
Personensorgeberechtigten 1

Unterschrift der/des
Personensorgeberechtigten 2