



Ärztliche Verordnung mit Diagnose

Braucht Ihr Kind während der Schul- und HPT-Zeit regelmäßig Medikamente und/ oder für den Notfall (Bedarfs-) Medikamente, so benötigen wir eine schriftliche Verordnung vom Arzt mit den entsprechenden Diagnosen Ihres Kindes, um Ihrem Kind die Medikamente geben zu dürfen. Bitte lassen Sie hierzu folgenden Abschnitt vom Arzt ausfüllen. Änderungen der Medikation und/ oder Dosierung bedarf einer erneuten ärztlichen Verordnung. Bitte teilen Sie uns deshalb umgehend alle Änderungen schriftlich mit.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

braucht während der Schul- und HPT-Zeit:

Name des Medikamentes	Verabreichungsform	Dosis	Uhrzeit oder Indikation (Notfall beschreiben)

Diagnose(n):

Die Medikamentengabe kann durch Fachkräfte und eingeschultes Personal der Gruppe erfolgen.

Ort/ Datum

Stempel und Unterschrift behandelnder Arzt

Version	Bearbeitung	Bearbeitungsdatum	Freigabe	Freigabedatum	Seite
1	Leitungsteam	2020-10-16	GF	2020-10-16	Seite 1 von 2



Einverständniserklärung

Braucht Ihr Kind während der Schul- und HPT-Zeit regelmäßig Medikamente und/ oder für den Notfall (Bedarfs-) Medikamente, so benötigen wir Ihr Einverständnis, um Ihrem Kind die Medikamente geben zu dürfen. Bitte füllen Sie hierzu den folgenden Abschnitt aus.
Bei einer Änderung der Medikation und/ oder Dosierung ist erneut Ihr Einverständnis erforderlich. Bitte teilen Sie uns deshalb umgehend alle Änderungen schriftlich mit.

Die Einverständniserklärung ist gültig, solange kein Widerspruch erfolgt.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass folgende Mitarbeiter*innen der Klasse/ Gruppe _____

(Namen eintragen)

bei meinem Kind folgende Tätigkeiten durchführen dürfen:

Medikamentengabe lt. ärztlicher Anweisung

Sondieren

Ort/ Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte

Version	Bearbeitung	Bearbeitungsdatum	Freigabe	Freigabedatum	Seite
1	Leitungsteam	2020-10-16	GF	2020-10-16	Seite 2 von 2