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 alle Änderungen umgehend schriftlich mit.

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

braucht während der Schul- und HPT-Zeit:

Medikament	Verabreichungsform	Dosis	Uhrzeit oder Indikation (Notfall beschreiben)

Diagnose(n):

_____

_____

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

_____ _____

Ort/ Datum Stempel, Unterschrift behandelnde*r Arzt/Ärztin

Einverständniserklärung Eltern/ Erziehungsberechtigte

Braucht Ihr Kind während der Schul- und HPT-Zeit regelmäßig Medikamente und/oder für den Notfall (Bedarfs-) Medikamente, so benötigen wir Ihr schriftliches 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 alle Änderungen umgehend 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

☐ _____

☐ _____

Ort/ Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte