**- Bei Bedarf -**

Schule am Weserbogen, LWL Förderschule Bad Oeynhausen, Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung

**Verabreichung von Medikamenten während der / dem Klassenfahrt / Klassenausflug**

**Ärztliche Verordnung**

**Name des Schülers Vorname Geburtsdatum**

Ich / wir bitte/n nachstehend aufgeführte Medikamente zu den angegebenen Zeiten oder in Notfallsituationen gemäß ärztlicher Vorgabe durch das betreuende Personal der Klasse zu verabreichen.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikament**  **( Name, ....mg )** | **1. Ausgabe** | | **2. Ausgabe** | | **3. Ausgabe** | |
| **Wie viel** | **Wann** | **Wie viel** | **Wann** | **Wie viel** | **Wann** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**!!!Medikamente nur in Originalverpackung (mit Beipackzettel) mit in die Schule geben!!!**

Welche Ihnen bekannte **Notfallsituation** könnte auftreten:

Welches **Medikament** muss in diesem Fall gegeben werden:

**(Bitte dazu unbedingt auch die Dosierung bzw. die genaue Menge angeben!!!!)**

ich bitte um **sofortige** Verabreichung des Notfallmedikamentes

ich bitte um Verabreichung des Notfallmedikamentes nach \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Minuten

Datum Unterschrift und Stempel des / der behandelnden Arztes / Ärztin

Datum Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten