



Ärztliche Medikamenten-Verordnung

Familiennamen und Vorname(n) des Kindes	Geburtsdatum
---	--------------

Medikamentenverordnung für zu Hause:
 Bitte tragen Sie alle regelmäßig einzunehmenden Medikamente ein, die Zuhause verabreicht werden müssen.

Name des Medikaments	Dosierung / Menge				Verabreichungszeit / Uhrzeit Sonstige Angaben
	morgens	mittags	abends	nachts	

Medikamentenverordnung für Schule/ Tagesstätte:
 Bitte tragen Sie alle regelmäßig einzunehmenden Medikamente ein, die in der Schule/ Tagesstätte verabreicht werden müssen.

Name des Medikaments	Dosierung / Menge				Verabreichungszeit / Uhrzeit Sonstige Angaben
	morgens	mittags	abends	nachts	

Medikamentenverordnung für den Notfall:
 Bitte tragen Sie alle Notfallmedikamente ein, auch wenn der Schüler / die Schülerin schon seit längerer Zeit anfallsfrei/ symptomfrei ist.

Name des Medikaments	Dosierung / Menge	Verabreichungszeitpunkt: Verabreichung bei Krampfanfall/allergischen Reaktionen ab ... Minuten / Wiederholung nach ... Minuten

Name des Krankenhauses / Praxis	Telefon/Fax
Behandelnder Arzt / Behandelnde Ärztin	

Bei Medikation für das Kind in der Schule bitte **Unterschrift des Arztes:**

Ort	Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
-----	-------	-------------------------------------

Keine Medikation für das Kind in der Schule bitte **Unterschrift der Eltern:**

Ort	Datum	Unterschrift der Eltern
-----	-------	-------------------------