

Medikamentengabe

Aufgabenübertragung an folgende Person/en: _____

Name des Kindes: _____

Schulklasse: _____

Medikament: _____
(Name der Arznei) (Der Name des Kindes ist auf dem Medikament vermerkt.)

Verabreichung

Dosierung: _____
(Welche Menge pro Einnahme)

Art der Anwendung: _____
(Auftragen, Schlucken, etc.)

Zeitliche Vorgabe: _____
(Wann und wie häufig pro Tag?)

Wechselwirkungen: _____
(Was ist zu beachten?)

Ärztliche Verordnung liegt vor:

Name des Arztes: _____

Telefon – Nr. des Arztes: _____

Ort der Lagerung: _____
(Grundsätzlich nicht über 25 °C)

Besondere Hinweise: _____

Zeitraum der Aufgabenübertragung: _____

Bei Versäumnis der Medikamentengabe ist die beauftragte Person von der Haftung befreit.
(Ausnahme: Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit.)

(Unterschrift Sorgeberechtigte)

(Unterschrift Schulleitung)