# **Ärztliche Medikamentenverordnung / Schule**

Name: Geb.:

Klasse:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medikament** | **Uhrzeit** | **Dosierung** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Unterschrift Arzt / Stempel / Datum

X

**Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten**

Wir sind damit einverstanden dass unser Sohn / unsere Tochter, die Medikamente, wie ärztlich verordnet, verabreicht bekommt.

Sonstiges:

Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte / Datum

X

**Diese ärztliche Verordnung betrifft nur Medikamente, die während der oben genannten Zeit gegeben werden.**

**Ohne diese schriftliche Ärztliche Verordnung dürfen keine Medikamente verabreicht werden.**