



Auftrag zur Medikamentenverabreichung

Name des Kindes

Erziehungsberechtigte

Telefonnummer der Eltern

Name des Arztes

Telefonnummer Arzt

Telefonnummer Notarzt

Hiermit beauftragen und ermächtigen wir die Schule am Martinsberg (Lehrkraft) unserem Kind folgende vom Arzt verordnete Medikamente zu verabreichen:

Medikament	Zeitpunkt der Verabreichung

Anlage: Schriftliche Verordnung des Arztes

Bei Kindern mit Diabetes:

Wir sind damit einverstanden, dass im Notfall für die Erstversorgung das Eintreffen eines Notarztes nicht abgewartet werden muss.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift aller Erziehungsberechtigter: _____

