



Aktuelle Medikamentengabe für den Notarzt

Name Schüler*in: _____ Klasse: _____

Liebe Eltern,

wir bitten Sie, diesen Bogen auszufüllen, um im Notfall dem Notarzt die **Medikamentengabe für den gesamten Tag mitteilen** zu können.

Teilen Sie uns bitte umgehend mit, wenn sich die Medikamentengabe verändert hat.

Medikament	Früh (zu Hause)	Vormittag (Schule)	Mittag (Schule)	Nachmittag (Schule)	Abend (zu Hause)
Beispiel	1 Tablette 06 Uhr		10 Tropfen 12 Uhr		1 Kapsel 20:30 Uhr

➔ Bitte tragen Sie die Menge und Uhrzeit der Medikamente in die Spalten ein. Muss während der Schulzeit ein Medikament verabreicht werden, erhalten Sie von uns weitere Formulare.

☐ **mein/unser Kind nimmt keine Medikamente**

Angaben zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen

wie z. B. Anfallsleiden, Allergien, Asthma, Diabetes, Herzerkrankungen usw.:

Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten