**Verabreichung von Medikamenten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name des Kindes | Geburtsdatum | SVNR | Klasse |
| Name des Erziehungsberechtigten | | | |
| Ich ersuche hiermit, das/die in der beiliegenden ärztlichen Verordnung angeführte/n Medikament/e  in der Schule (inkl. Ausflüge etc.)    während einer Schulveranstaltung (z.B. Projektwoche)  bis auf Widerruf zu verabreichen.  Die genaue Uhrzeit und die zu verabreichende Dosierung ist der aktuellen beiliegenden ärztlichen Verordnung zu entnehmen.  Ich bin mir dessen bewusst, dass die Verabreichung durch nichtmedizinisches Personal (LehrerInnen, HortpädagogInnen, PädagogInnen der Nachmittagsbetreuung, TherapeutInnen etc.) der Schule erfolgt.  **Jede Medikations- bzw. Dosierungsänderung muss sofort schriftlich bekannt gegeben werden!**  **Jedes Medikament muss mit dem Namen des Kindes eindeutig beschriftet sein!** | | | |
| Dieses Ersuchen ist nur in Zusammenhang mit einer beiliegenden gültigen und aktuellen ärztlichen Verordnung gültig. | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten | | | |