

Ärztliche Bescheinigung

**und Antrag auf Ausgabe ärztlich verordneter Medikamente in der LWL - Förderschule:
Max von der Grün-Schule**

Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung, Olpe
Bodelschwinghstraße 9, 57462 Olpe,
Fon: 02761 – 920 – 111, Fax: 02761 – 920 – 222

Name des Schülers	Vorname	Geburtsdatum
--------------------------	----------------	---------------------

- a) Ich / wir beantrage/n, nachstehend aufgeführte Medikamente zu den angegebenen Zeiten **gemäß ärztlicher Verordnung** an o.g. SchülerIn auszugeben.

Medikament	BTM (X)	1. Ausgabe		2. Ausgabe		3. Ausgabe	
		Dosis	Zeit	Dosis	Zeit	Dosis	Zeit

- Dauermedikation ggfls auf einem weiteren Blatt auflisten -

- b) Für den Fall einer/eines _____
bitte ich um Verabreichung der/des Notfallmedikamente/s:

in folgender Dosierung (auch Besonderheiten angeben, z.B. Gabe nach ... Minuten)

- c) Allergien / Narkosemittelunverträglichkeiten / Bemerkungen:

Datum, Unterschrift, Stempel des/der behandelnden Arztes/Ärztin

Änderungen in der Medikation (z.B. anderes Medikament, andere Dosierung) werde/n ich / wir unverzüglich der Schule mitteilen.

Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

-----vom

Schulpersonal auszufüllen:

Lagerort der/s Medikamente/s: _____ Lagerort des Notfallmedikamentes: _____